

Financiadora de Estudos e Projetos – **Finep**

Instrumento Contratual Código Nº:

**20.19.0017.00**

A **Financiadora de Estudos e Projetos – Finep**, doravante simplesmente **Finep**, com sede em Brasília e escritório em Rio de Janeiro, RJ, na Avenida República do Chile, 330, Torre Oeste, parte, inscrita no CNPJ sob o nº 33.749.086/0001-90, por seu representante legal ao final qualificado; e **Allcare Administradora de Benefícios em Saúde Ltda**, doravante **Administradora de Benefícios**, com sede em Brasília/DF, SCS, Quadra 03, bloco A, lote 107/111, Ed. Antonia Alves P. de Sousa, Asa Sul, CEP 70.303-907, inscrita no CNPJ sob nº 11.165.556/0001-54, registro nº 41745-9, na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, por seus representantes legais ao final qualificados; CONSIDERANDO o interesse da **Finep** em disponibilizar e expandir a assistência à saúde aos seus empregados e dependentes, bem como aos aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à **Finep**; CONSIDERANDO que a **Finep** optou pelo benefício de reembolso de parte dos gastos com plano de saúde para seus empregados, aposentados e dependentes; CONSIDERANDO que a **Administradora de Benefícios** está autorizada, nos termos da Resolução Normativa – ANS nº 196/2009, a contratar planos privados de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, assumindo o risco financeiro da operação, com vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto; Resolvem assinar o presente Acordo nos termos a seguir, com fundamento no *caput* do art. 30 da Lei n.13.303/2016:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. O presente Acordo, **sem ônus financeiro para a Finep**, tem o objetivo de expandir a política de atenção à saúde dos seus empregados e respectivos dependentes, bem como dos aposentados que tenham sido vinculados à **Finep** anteriormente, por meio de **credenciamento de Administradora de Benefícios**, para disponibilização de planos de assistência médica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Planos de Saúde, com planos de abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, aos beneficiários identificados na Cláusula Décima.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1. Para a consecução do objeto descrito, as partes assumem as obrigações a seguir elencadas sem prejuízo de outras obrigações estabelecidas no presente Acordo, bem como no Edital e no Termo de Referência, partes integrantes deste instrumento.

2.2. A **Finep**, **sem qualquer ônus financeiro**, obriga-se a:



1

- a) divulgar o acordo a ser realizado junto aos empregados, utilizando os meios de divulgação a serem disponibilizados pela **Administradora de Benefícios**;
- b) permitir à **Administradora de Benefícios** a divulgação dos Planos Privados de Assistência Médica e Hospitalar junto aos beneficiários de que trata o objeto deste Acordo, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, Internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da **Administradora de Benefícios** o acesso às dependências da **Finep**, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos serviços fornecidos em decorrência da assinatura do acordo;
- d) designar empregado que ficará responsável pela interlocução com a **Administradora de Benefícios**;
- e) comunicar oficialmente à **Administradora de Benefícios** quaisquer falhas verificadas no cumprimento deste instrumento.

### **2.3. Obrigações da Administradora de Benefícios:**

**2.3.1.** A **Administradora de Benefícios** deverá disponibilizar planos privados coletivos empresariais de assistência médica e hospitalar, com abrangência nacional, de operadoras de Plano de Saúde autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nos moldes previstos na legislação vigente, assegurando:

- a) oferecimento de, pelo menos, um plano básico – plano ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e com acomodação em enfermarias, e planos especiais ou especiais plus, que incluam, além dos itens do plano básico, rede hospitalar diferenciada, com hospitais de referência, acreditados, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e banho. Além disto, os planos deverão oferecer rede credenciada para atendimento de exames.
- b) cobertura assistencial que atenda a Lei 9.656/1998 e ao rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- c) efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva disponibilizados pelas operadoras contratadas pela **Administradora de Benefícios** para a prestação dos serviços de assistência à saúde.
- d) realizar reuniões periódicas com a área de Gestão de Pessoas da **Finep** para acompanhar o andamento deste Acordo;
- e) designar encarregado responsável para representá-la na execução do Acordo, que deverá ser o elemento de contato entre a **Administradora de Benefícios** e a **Finep**;
- f) manter, durante toda a execução do Acordo, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para celebração do presente instrumento, devendo comunicar à **Finep** a superveniência de fato impeditivo da manutenção dessas condições;
- g) observar as normas condominiais e da **Finep** na execução dos serviços e na circulação e permanência no prédio;
- h) responsabilizar-se pela perfeita execução deste Acordo, obrigando-se a executá-lo com a observância de todas as normas legais, regulamentares, técnicas e éticas que envolvam execução, realização e aquisição de bens e serviços inerentes ao mesmo.

2





**2.3.2. A Administradora de Benefícios** deverá atuar, na condição de estipulante, obrigando-se a:

- a) assumir o risco financeiro da operação junto às operadoras;
- b) efetuar a cobrança direta das mensalidades dos planos devidas pelos beneficiários, por conta e ordem dos mesmos, bem como efetivar o pagamento da fatura às operadoras prestadoras de assistência à saúde suplementar;
- c) encaminhar mensalmente à **Finep** comprovante de quitação das obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde, contendo a relação nominal dos beneficiários;
- d) negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, assuntos relacionados com a administração dos planos estipulados, especialmente o reajuste das mensalidades dos planos, a aplicação dos mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados empresariais e a alteração de rede assistencial;
- e) emitir trimestralmente relatórios gerenciais, incluindo percentual de sinistralidade da carteira, perfil biométrico e epidemiológicos da carteira, perfil etário, indicadores de utilização e outras informações que se façam relevantes.
- f) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumentos específicos, que a mostre como estipulante de contrato de plano de saúde com as operadoras;
- g) Comprovar (admitindo-se o formato digital) que suas operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento – básica, acrescida com hospitais de referência e acreditados, de acordo com o tipo de plano apresentado, para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas nesse Temo de Referência.
- h) manter um posto de apoio nas dependências da **Finep**, pelo prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da assinatura do presente Acordo, para atendimento aos empregados, no sentido de orientar e esclarecer dúvidas sobre a rede credenciada e os reembolsos dos planos ofertados;
- i) após o prazo fixado na alínea anterior, disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos beneficiários (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos, além de denúncias de irregularidade na prestação dos serviços, as quais devem ser repassadas à **Finep**.

**2.3.3. A Administradora de Benefício** deve assegurar que as **Operadoras de planos de saúde** por ela disponibilizadas assumam as seguintes obrigações:

- a) assumir as responsabilidades resultantes deste Acordo, bem como cumprir os dispositivos da Lei 9.656/1998, da Resolução Normativa – ANS nº 428/2017 e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;
- b) oferecer assistência médica ambulatorial e hospitalar a nível nacional, bem como assistência fisioterápica, laboratorial, farmacêutica, internação – compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão enfermagem e apartamento, e centro de terapia intensiva.
- c) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- d) zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde dos beneficiários da **Finep**;
- e) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergências, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente;



3



- f) fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da **Finep**, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- g) fornecer gratuitamente aos beneficiários da **Finep** manual de normas e procedimentos, no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras de plano de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, por meio físico ou virtual.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFÍCIOS

**3.1.** As Operadoras de planos de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios** cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN n. 428/2017 e suas atualizações.

**3.2.** A cobertura ambulatorial compreenderá:

- a) consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- d) atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 (doze horas), durante a carência para o plano médico hospitalar;
- e) remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

**3.2.1.** A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e de hospital-dia, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;

**3.2.2.** Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

**3.2.3.** É permitida a fixação de coparticipação, crescente ou não, no limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato.

**3.3.** Eventuais alterações no Rol de Procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terão sua cobertura assegurada pelos planos de saúde disponibilizados, independentemente de aditamento contratual.



4



#### CLÁUSULA QUARTA – DAS EXCLUSÕES

**4.1.** As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998 e, nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as coberturas mínimas previstas na citada legislação.

**4.2.** São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

I – tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto no art. 26 da RN - ANS 428/2017;

II – procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III – inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV – tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V – fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21, e ressalvado o disposto no art. 14 da RN 428/17;

VII – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

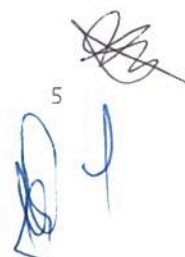
IX – casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

X – estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

#### CLÁUSULA QUINTA – DOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

**5.1.** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo de gestação.

5





5.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

5.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as vinte e quatro horas contadas a partir da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações de gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente.

#### CLÁUSULA SEXTA – DO REEMBOLSO DE LIVRE ESCOLHA

6.1. Será assegurado ao beneficiário o reembolso, segundo tabela da operadora escolhida, dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional com assistência à saúde, quando não for utilizada a rede de serviços própria, contratados ou credenciados pelas operadoras do plano de saúde contratada pela **Administradora de Benefícios**.

6.2. O pagamento de reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigentes na data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

6.3. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:

a) o serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado a prestar o atendimento;

b) se configurar urgência e/ou emergência justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

c) em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras do plano de saúde contratada pela **Administradora de Benefícios**, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

6.4. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso de despesas com a assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratadas pelas **Administradoras de Benefícios** os seguintes documentos:

a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos e exames, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

b) recibos de pagamento de honorários médicos;

c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência de beneficiário no hospital;

d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso;

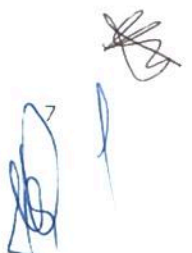
e) para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DA REMOÇÃO

- 7.1.** Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), desde que comprovadamente necessária e dentro dos limites geográficos do plano.
- 7.2.** Em casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da abrangência do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade da internação, observando-se as seguintes situações:
- 7.3.** Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus.
- 7.4.** As operadoras contratadas pela **Administradora de Benefícios** deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

#### CLÁUSULA OITAVA – DAS CARÊNCIAS

- 8.1.** Não poderá ser exigida qualquer carência ou CPT (cobertura parcial temporária) para utilização dos benefícios contratados para as inclusões efetuadas em até 30 (trinta) dias da assinatura do presente Acordo, bem como para novos empregados, e seus respectivos dependentes, desde que o pedido de adesão seja formalizado no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de admissão.
- 8.2.** Os dependentes do beneficiário titular incluídos em até 30 (trinta dias) contados a partir do fato gerador da dependência, serão isentos de carência ou CPT.
- 8.3.** Caso o beneficiário titular seja transferido para outro escritório da **Finep**, este poderá optar por outro plano, inclusive de outra operadora dentre as vinculadas à **Administradora de Benefícios**, **sem carência ou CPT**, desde que solicite a adesão ao novo plano em até 30 (trinta) dias, contados da data de início de suas atividades no novo escritório da **Finep**.
- 8.4.** Os beneficiários de titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto à Gestão de Pessoas da Finep, após a publicação da concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas neste Acordo.
- 8.5.** Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos de isenção de carência acima especificados, os beneficiários deverão cumprir, no máximo, os prazos de carência previstos na legislação vigente, abaixo relacionados:
- a) cobertura nos casos de urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
  - b) partos a termo: 300 (trezentos dias);





c) demais procedimentos: 180 dias; e

d) doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.

**8.5.1.** Durante o período de carência, a cobertura para urgência e emergência ficará limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. Quando for necessária a continuidade do atendimento para a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar (como tratamento cirúrgico, parto e outros), ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à operadora contratada pela **Administradora de Benefícios**.

**8.5.2.** Os beneficiários, no ato de sua adesão, deverão preencher o formulário "Declaração de saúde", com a finalidade de ser avaliada a necessidade de ser estabelecida cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de doença ou lesão preexistente, na forma determinada pela Lei nº 9.656/1998.

**8.6. Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu dependente legal desde que respeitada a cláusula oitava.

**8.7. Doenças e lesões preexistentes (DLP)** são aquelas que o beneficiário ou seu dependente legal saiba ser portador ou sofridor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei 9.656/1998.

#### CLÁUSULA NONA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

**9.1.** São voluntárias a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Acordo. A inclusão de beneficiários nos planos oferecidos far-se-á mediante manifestação expressa desses perante a **Administradora de Benefícios**.

**9.2.** Os empregados da **Finep** que façam adesão aos planos oferecidos, não serão excluídos ao se aposentarem, salvo se solicitarem expressamente a exclusão, o que implicará também exclusão dos seus dependentes.

**9.3.** A **Administradora de Benefícios** poderá promover a rescisão unilateral do contrato dos empregados ativos e aposentados da Finep por fraude ou inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o empregado seja comprovadamente notificado até o vigésimo (20º) dia de inadimplência. Após o décimo quinto (15º) dia de inadimplência, o atendimento poderá ser suspenso.

**9.3.1.** A exclusão do beneficiário titular implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

**9.4.** A solicitação de inscrição de beneficiário nos planos ofertados deverá atender ao cronograma que vier a ser estabelecido a partir da assinatura deste Acordo, devendo essa data ser considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, observados os casos de isenção de carência previstos na Cláusula Oitava.



9.5. A solicitação de exclusão de beneficiário dos planos contratados deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DA VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente

9.6. Caberá à **Finep** a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos empregados, dos aposentados e de seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o beneficiário, quando solicitados pela **Administradora de Benefícios**.

### CLÁUSULA DÉCIMA – DOS BENEFICIÁRIOS

10.1. Serão considerados beneficiários do plano de saúde, decorrente da assinatura deste Acordo:

I – na qualidade de **beneficiário titular**:

- a) os empregados do quadro efetivo que estejam em pleno exercício de suas atividades laborativas;
- b) os empregados da **Finep** cedidos a outros entes da Administração Pública, desde que lá não recebam benefício análogo;
- c) os ocupantes de cargo em comissão não pertencentes ao quadro de empregados efetivos;
- d) os requisitados, desde que não recebam benefício análogo no órgão de origem;
- e) aposentados que tenham sido vinculados à **Finep** anteriormente.

II – na qualidade de **beneficiário dependente**:

- a) cônjuge ou companheiro(a);
- b) os filhos e filhas menores de 21 (vinte e um) anos;
- c) os filhos ou filhas excepcionais ou inválidos, sem economia própria;
- d) os filhos ou filhas, solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos, sem economia própria, desde que estejam em curso de graduação de nível superior;
- e) mãe: viúva, solteira, separada judicialmente ou divorciada, sem economia própria;
- f) mãe e pai inválidos, sem economia própria, que sejam total e definitivamente incapazes para o trabalho;
- g) cônjuges decorrentes de relação homo afetiva estável, devidamente comprovada.
- h) equiparam-se aos filhos, mediante declaração escrita do empregado, o enteado, o menor que se ache sob tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação e o menor que, por determinação judicial, se ache sob sua tutela;
- i) os agregados – filhos e netos – não elegíveis para recebimento de reembolso pela Finep, que poderão ser incluídos nos planos de saúde de acordo com os critérios das operadoras.

**10.2.** A adesão dos beneficiários é voluntária e facultativa, sendo de responsabilidade exclusiva dos empregados e aposentados os compromissos de pagamento assumidos em decorrência da formalização de sua adesão e de seus dependentes ao plano de saúde escolhido.

**10.3.** A cobrança das mensalidades do plano de assistência à saúde será realizada por meio de boletos emitidos pela **Administradora de Benefício** e enviados aos beneficiários ou mediante débito em conta corrente indicada na Proposta de Adesão, devendo o beneficiário realizar a liberação do débito em conta junto ao banco indicado.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REDE CREDENCIADA

**11.1.** As operadoras de planos de saúde disponibilizadas pela **Administradora de Benefícios** deverão oferecer aos usuários, rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, com abrangência nacional, contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

**11.2.** As operadoras disponibilizadas deverão manter a rede credenciada oferecida para cada plano (básico e especiais) em número igual ou superior ao apresentado na proposta de credenciamento.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PORTABILIDADE

**12.1.** A **Administradora de Benefícios** assegurará que a portabilidade solicitada pelos beneficiários dar-se-á de acordo com as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO REAJUSTE

**13.1.** Os planos de saúde oferecidos pela **Administradora de Benefícios** poderão ter reajuste:

- a) quando acontecer mudança de faixa etária, de acordo com critérios definidos pela ANS;
- b) observado o interregno mínimo de doze meses, por variação de custos da operadora.

**13.2.** O índice de reajuste por variação de custos será definido conforme as normas contratuais estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a **Administradora de Benefícios**. Esse reajuste deve ser comunicado à ANS pela Operadora que vende o plano no máximo de até 30 dias após sua aplicação.

**13.3.** A taxa de sinistralidade só poderá ser levada em conta para fins de reajuste quando ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DOS RECURSOS

**14.1.** Não haverá desembolso de recursos orçamentários e financeiros pela **Finep** para a execução deste Acordo, bem como não existirá nenhuma obrigação de caráter financeiro para a **Finep** decorrente da adesão de seus empregados aos planos de saúde apresentados pela **Administradora de Benefícios**.



Handwritten signature and initials in blue ink, located at the bottom right of the page.



#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VIGÊNCIA

**15.1.** O prazo de vigência deste Acordo será de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, prorrogáveis até o limite de 5 (cinco) anos.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS PENALIDADES

**16.1.** Pela inexecução total ou parcial deste Acordo, bem como pelo descumprimento de qualquer prazo ou obrigação estipulados no Termo de Referência, a **Finep** poderá aplicar à **Administradora de Benefícios** as seguintes penalidades, observada a gradação de lesividade e prejuízos gerados, sem prejuízo da responsabilidade civil e penal que couber:

a) Advertência por escrito;

b) Multa moratória de 0,3% (três décimos por cento) ao dia, limitada a 5% (cinco por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos beneficiários à Administradora de Benefícios no mês de ocorrência da infração, até o limite de 15 (quinze) dias úteis ou prazo maior julgado razoável pela Finep, ante as peculiaridades do caso concreto, caracterizando inexecução parcial;

c) Multa compensatória de até 3% (três por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos beneficiários à Administradora de Benefícios no mês de ocorrência da infração, caso configurada a total impossibilidade de continuidade do presente Acordo, caracterizando inadimplemento absoluto, conforme declarado pela Finep, sem prejuízo do descredenciamento e rescisão do Acordo;

d) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Finep, pelo prazo de até 02 (dois) anos, quando tratar-se de:


- i. falha ou fraude na execução deste Acordo;
- ii. comportamento de modo inidôneo;
- iii. cometimento de fraude fiscal;
- iv. apresentação de declaração ou documentação falsa;
- v. retardamento da execução do objeto; e
- vi. demais ações que venham a comprometer a regular execução do objeto pactuado.

e) Descredenciamento da Administradora de Benefícios e Rescisão do Acordo, quando houver reiterado descumprimento de quaisquer condições estabelecidas no Edital, no Termo de Referência e neste Acordo, bem como nos casos em que a gravidade da infração ou os prejuízos gerados demandar a aplicação desta penalidade.

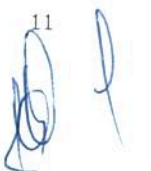
**16.2.** A **Administradora de Benefícios** não incorrerá na penalidade estabelecida na cláusula 16.1, "b", caso ocorram prorrogações compensatórias formalmente concedidas pela **Finep**, devidas a comprovado impedimento na execução das obrigações.

**16.3.** As penalidades previstas na cláusula 16.1 "a" e "d" poderão ser aplicadas juntamente com as das alíneas "b" e "c".

**16.4.** A penalidade prevista na cláusula 16.1, "d" implica a imediata rescisão deste Acordo e descredenciamento da **Administradora de Benefícios**.



11



**16.5.** A aplicação de penalidade será feita após regular processo administrativo, garantida a prévia defesa da **Administradora de Benefícios**, que deverá se manifestar no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados da notificação da **Finep**.

**16.6.** O prazo para pagamento de multa aplicada pela **Finep** não poderá ultrapassar 10 (dez) dias úteis a partir da intimação da **Administradora de Benefícios**.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO DESCREDECIAMENTO E DA RESCISÃO

**17.1.** Este Acordo poderá ser rescindido, mediante aviso prévio por escrito de 90 (noventa) dias, com o consequente descredenciamento da **Administradora de Benefícios**:

- a) por mútuo acordo entre as partes ou desistência de uma das partes;
- b) motivadamente, sem direito à indenização, quando esgotado o prazo recursal, a **Administradora de Benefícios** não realizar o pagamento de multa aplicada;
- c) motivadamente, sem direito à indenização, quando, respeitado o direito ao contraditório e à ampla defesa, for caracterizado o inadimplemento contratual;
- d) motivadamente, sem direito à indenização, quando, durante a execução contratual, for identificado cometimento de conduta tipificada como crime na legislação penal por parte da **Administradora de Benefícios**.

**17.1.1.** A **Finep** e a **Administradora de Benefícios** obrigam-se a cumprir todas as cláusulas e condições deste Acordo durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

**17.2.** Este Acordo também poderá ser rescindido por via judicial.

#### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – ANTINEPOTISMO E CONDUTA ÉTICA

**18.1.** Os administradores e/ou sócios dirigentes, bem como as pessoas que compõem o quadro técnico empregado na execução do Acordo, não podem possuir familiar (cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau) detentor de cargo comissionado ou função de confiança na **Finep**, em atendimento ao Decreto 7.203/2010.

**18.2.** A **Administradora de Benefícios** declara ter conhecimento do Código de Ética e de Conduta da **Finep**, que poderá ser consultado na página da **Finep** na internet: <http://www.finep.gov.br>.

**18.3.** Eventuais irregularidades ou descumprimentos das normas internas da **Finep** ou da legislação vigente podem ser denunciados à Ouvidoria, por meio do endereço <http://www.finep.gov.br/ouvidoria> ou na Avenida República do Chile, 330, 11º andar, Torre Oeste, Centro, CEP 20.031-170.

#### CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA PUBLICAÇÃO

**19.1.** O presente Acordo será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, às expensas da **Finep**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.



### CLÁUSULA VIGÉSIMA – VINCULAÇÃO DO ACORDO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

**20.1.** O presente Acordo fundamenta-se na Lei nº 13.303/2016, na Lei n. 9.656/1998, nas normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, principalmente, nas Resoluções Normativas (RN) n. 195/2009, 196/2009, 203/2009, 259/2011, 428/2017 e 438/2018, aplicando-se aos casos omissos as disposições do Código Civil Brasileiro e demais normas aplicáveis.

**20.2.** Este Acordo vincula-se ao Edital de Credenciamento n. 1/2019, bem como à proposta da **Administradora de Benefícios**.

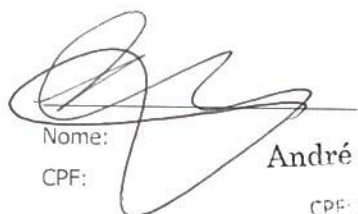
### CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – FORO

**21.1.** Fica eleito o foro da cidade do Rio de Janeiro para dirimir qualquer controvérsia oriunda do presente Acordo que não puder ser resolvida de comum acordo entre as partes, podendo a Finep optar pelo foro de sua sede.

E, por estarem assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um só efeito, juntamente com as testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 02 de maio de 2019

#### Pela FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS – FINEP



Nome:

**André Luz de Godoy**

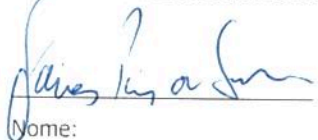
CPF:

Diretor

CPF: 064.536.236-44

RG: 296156623 - DETRAN/RJ

#### Pela ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA



Nome:

CPF:



Nome:

CPF:

**Charles Lindberg**

CPF: 859.627.671-87

#### TESTEMUNHAS:



Nome: Renato A C Gomes

CPF: 288.124.988-41



Nome: Simone C. Nascimento

CPF: 056870857-18

# DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 06/05/2019 | Edição: 85 | Seção: 3 | Página: 12

Órgão: Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações/Financiadora de Estudos e Projetos

## EXTRATO DE CONTRATO

Processo 20.19.0017.00; Espécie: Contrato nº 20.19.0017.00; Partes: Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP, CNPJ nº. 33.749.086/0001-09, ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE LTDA, CNPJ nº 11.165.556/0001-54. Objeto: expandir a política de atenção à saúde dos funcionários e dependentes da Finep por meio de credenciamento de Administradora de Benefícios. Prazo: 12 (doze) meses a contar de 02/05/2019. Assinatura em 02/05/2019.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.