

EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA – DATAPREV S/A.

DEPARTAMENTO DE COMPRAS

DIVISÃO PLANEJAMENTO E ESTRATÉGIA DE COMPRAS / DIPC

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2020

PROCESSO/CP Nº 44103.000046/2020-20

| | | |
|----------------|--|---|
| OBJETO: | DISPONIBILIZAÇÃO DE PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR AOS EMPREGADOS DA DATAPREV E SEUS DEPENDENTES ELEGÍVEIS, MEDIANTE O CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS, DEVIDAMENTE AUTORIZADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, PELO PERÍODO DE 60 (SESSENTA) MESES, A SEREM OFERTADOS DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DESTE EDITAL E SEUS ANEXOS. | |
| APENSO | | TERMO DE REFERÊNCIA |
| ANEXOS | I | MODELO DE TERMO DE SIGILO |
| | II | BENEFICIÁRIOS ESTIMADOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA |
| | III | BENEFICIÁRIOS ESTIMADOS POR ESTADO E FAIXA ETÁRIA |
| | IV | BENEFICIÁRIOS ESTIMADOS POR MUNICÍPIO |
| | V | PLANILHA DE PREÇOS PADRÃO |
| | VI | MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO |
| ÍNDICE: | | |
| ITEM | ASSUNTO | |
| 1 | DO OBJETO | |
| 2 | DA PARTICIPAÇÃO | |
| 3 | DO ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE CREDENCIAMENTO | |
| 4 | DO JULGAMENTO E HOMOLOGAÇÃO | |
| 5 | DA IMPUGNAÇÃO E ESCLARECIMENTOS AO EDITAL | |
| 6 | DOS RECURSOS | |
| 7 | DA CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO | |
| 8 | DAS CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO OBJETO | |
| 9 | DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO / FATURAMENTO | |
| 10 | DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E CONTRATUAIS | |
| 11 | DAS DISPOSIÇÕES GERAIS | |
| 12 | DOS PRAZOS | |
| 13 | DO FORO | |



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2020

PROCESSO/CP Nº 44103.000046/2020-20

DISPONIBILIZAÇÃO DO EDITAL: Site da DATAPREV – www.dataprev.gov.br

ENVIO DAS PROPOSTAS: A partir do dia 18/11/2020.

DATA LIMITE PARA ENVIO DAS PROPOSTAS: Até o dia 17/02/2021.

ENDEREÇO ELETRÔNICO DE ENVIO: planejcompras@dataprev.gov.br.

A **Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência – DATAPREV S/A.**, por intermédio da Comissão Especial de Credenciamento, torna público para conhecimento dos interessados que, até a data e horário limite acima indicados, fará realizar procedimento para **Credenciamento de Administradora de Benefícios** para celebração de **Termo de Credenciamento**, com o objetivo de disponibilização de planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar aos empregados da DATAPREV e seus dependentes elegíveis, mediante o credenciamento de empresas Administradoras de Benefícios, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pelo período de 60 (sessenta) meses, de acordo com as condições deste Edital e seus anexos, com fundamento no caput do art. 30 da Lei nº 13.303 de 30/06/2016 e do Regulamento de Licitações e Contratos da DATAPREV.

1. DO OBJETO

Disponibilização de planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar aos empregados da DATAPREV e seus dependentes elegíveis, mediante o credenciamento de empresas Administradoras de Benefícios, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pelo período de 60 (sessenta) meses, de acordo com as condições deste Edital e seus anexos.

2. DA PARTICIPAÇÃO

- 2.1.** Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termo de Credenciamento, as Administradoras de Benefícios que:
- 2.2.** Estejam devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a atuar na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009, com suas alterações;



2.3. As operadoras disponibilizadas pelas Administradoras de Benefícios, não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou, no caso de cooperativas, ao mesmo sistema cooperativo, em decorrência do art. 9º da RN 196/2009 da ANS, ou, ainda, estarem em situação de direção técnica decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado.

2.3. Não será admitida neste processo de credenciamento a participação de Administradoras de Benefícios:

2.3.1. Em processo de recuperação judicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

2.3.2. Que esteja declarada inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública ou com o direito de licitar e contratar suspenso com a DATAPREV, mediante a consulta cumulativa aos seguintes cadastros:

2.3.2.1. SICAF;

2.3.2.2. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União - CGU (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);

2.3.2.3. Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php);

2.3.2.4. Cadastro Nacional de Empresas Punidas - CNEP, mantido pela Controladoria - Geral da União - CGU (www.portaldatransparencia.gov.br/cnep);

2.3.2.5. Lista de Inabilitados e Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União - TCU (<https://contas.tcu.gov.br/pls/apex/f?p=2046:5>);

2.3.3. Empresas estrangeiras que não estejam autorizadas a operar no País.

2.3.4. A consulta aos Cadastros será realizada em nome da empresa participante e também de seu sócio majoritário, por força do art. 12 da Lei nº 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

2.3.5. O procedimento disciplinado no **item 2.3.2.** poderá abranger outros cadastros instituídos por Lei ou Ato Normativo do Poder Público.

2.3.6. Que estejam reunidas em consórcio, qualquer que seja sua forma de constituição, ou que sejam controladoras, coligadas ou subsidiárias integrais entre si, ou ainda que, independentemente, nomeiem um mesmo representante;



2.3.7. Não poderá participar todo aquele que se enquadrar art. 38 da Lei nº 13.303/2016 e no art. 21 do Regulamento de Licitações e Contratos da DATAPREV.

3. DO ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE CREDENCIAMENTO

- 3.1.** A participação neste processo dar-se-á por meio de encaminhamento da documentação solicitada nos itens deste Edital, deverão ser enviadas exclusivamente por meio do endereço eletrônico planejcompras@dataprev.gov.br, constando de declarações, proposta de credenciamento e documentação de habilitação **exigidos no edital, a partir de 18/11/2020 até o dia 17/02/2021.**
- 3.1.1** Logo após o recebimento dos documentos solicitados neste edital pela empresa participante, serão analisados nos termos estabelecidos do item 4 deste Edital e, no caso de homologação, será procedida a formalização do Termo de Credenciamento.
- 3.1.2** A data fim para envio da documentação solicitada poderá ser prorrogada, a critério da Dataprev, por 3 (três) meses.
- 3.2.** Somente até a data prevista para o encaminhamento da documentação, as empresas poderão retirar ou substituir a proposta anteriormente apresentada, desde que não tenha sido formalizado o termo de credenciamento.
- 3.3.** Como requisito para a participação neste procedimento as empresas também deverão encaminhar, juntamente com a documentação de habilitação e proposta de credenciamento, em forma de Declaração:
- a) que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observado o disposto nos incisos III e IV do Art. 1º e no Inciso III do Art. 5º da Constituição Federal;
 - b) que atende a cota de acessibilidade, prevista no Art. 93 da Lei nº 8.213/1991 e de aprendizagem, fundamentada no Art. 429 da CLT.
 - c) Declaração da proponente de que não possui, em seu quadro de pessoal, empregados menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigosos ou insalubres e menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do Art. 7º, Inc. XXXIII, da Constituição Federal
- 3.4.** A Proposta de Credenciamento contendo as especificações detalhadas do objeto ofertado, deverá ser formulada e enviada exclusivamente por meio do endereço eletrônico indicado no subitem 3.1.
- 3.5.** Deverão ser apresentadas propostas de credenciamento dos Planos indicadas pela Administradora de Benefícios para os respectivos planos ofertados na forma constante do

Apenso – Termo de Referência e seus anexos.

- 3.6.** Constar **preços** em moeda corrente nacional (R\$), expresso em algarismos e por extenso, estando incluídos todos os impostos, taxas e quaisquer outras despesas essenciais para a execução dos serviços, ressalvada a hipótese prevista no Art. 81, §5º da Lei nº 13.303/2016 e art. 108, § 4º do Regulamento de Licitações e Contratos da DATAPREV.
- 3.6.1.** Será obrigatório enviar, junto com a proposta acima, a **Planilha de Preços (Anexo V)**, preenchida em modelo semelhante à planilha padrão da DATAPREV.
- 3.6.2.** A unidade adotada no **Anexo V** não poderá ser modificada.
- 3.6.3.** Os preços a serem ofertados para os planos de assistência à saúde deverão ser cotados por faixa etária de acordo com as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 2003.
- 3.7.** O prazo de validade da proposta de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data de sua apresentação.
- 3.8.** Os locais e demais condições para prestação dos serviços, deverão ser em conformidade com o Apenso – Termo de Referência e seus anexos deste Edital.
- 3.9. Prazo de Vigência:** 60 (sessenta) meses, contados a partir da assinatura do **Contrato de Credenciamento**. (Art. 71 da Lei nº 13.303/2016 e 110 do Regulamento de Licitações e Contratos da Dataprev).
- 3.10. Reajuste:** Conforme Legislação da ANS em vigor.
- 3.11.** Em caso de omissão de qualquer prazo fica estabelecida a prevalência dos prazos constantes neste Edital.
- 3.12.** Para fins de habilitação ao credenciamento, a Administradora de Benefícios terá que satisfazer os requisitos relativos à habilitação jurídica, qualificação econômico-financeira, regularidade fiscal e trabalhista e qualificação técnica.
- 3.13.** Se a Administradora for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se filial, todos os documentos deverão estar em nome desta, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente forem emitidos somente em nome da matriz.
- 3.12.** Para fins de habilitação, a verificação em sítios oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova.
- 3.13.** Para os proponentes que possuem habilitação no Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores – SICAF, a mesma será considerada parcial e consultada após o término do prazo de envio de documentos, para os documentos de regularidade fiscal e trabalhista, o que não dispensará o envio dos demais documentos não contemplados na referida consulta.

3.14. A análise da habilitação no SICAF visa comprovar a regularidade e validade da Certidão emitida pela Receita Federal do Brasil (débitos relativos a Tributos Federais, Dívida Ativa da União e Encargos Previdenciários), da CRF - Certidão de Regularidade do FGTS emitida pela Caixa Econômica Federal, da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com Efeitos de Negativa, conforme art. 58, I da Lei nº 13.303/2016 c/c art.642-A da CLT e das Certidões de regularidade para com a Fazenda Estadual e Municipal do domicílio ou sede do participante, ou outra equivalente, na forma da lei.

3.15. Para a Habilitação Jurídica:

- a) No caso de empresário individual, inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;
- b) Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, na forma da Resolução CGSIM nº 16, de 2009, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldomicroempreendedor.gov.br;
- c) No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;
- d) No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;
- e) Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;
- f) Decreto de autorização, em se tratando de sociedade empresária estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- g) No caso de procurador, deverá ser apresentado o instrumento público ou particular de mandato, com firma reconhecida em cartório, outorgando poderes expressos para que se manifeste pela Administradora de Benefícios para formular propostas, interpor ou renunciar a recursos, e demais atos pertinentes à participação no credenciamento.

3.16. Para Regularidade Fiscal

- a) Certidão Conjunta Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, aprovado pela Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1.751, de 02/10/2014;
- b) Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, expedido pela Caixa Econômica Federal;

- c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com Efeitos de Negativa, conforme art. 58, I da Lei nº 13.303/2016 c/c art.642-A da CLT;
- d) Certidões de regularidade para com as Fazendas Estadual e Municipal do domicílio ou sede do participante, ou outra equivalente, na forma da lei.
- e) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

3.17. Para Qualificação Técnica:

- a) Documento comprobatório de autorização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar na modalidade Administradora de Benefícios, conforme a exigência da Resolução Normativa ANS nº 196, de 2009, com suas alterações;
- b) Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde ou de serviços odontológicos, dependendo do item do Termo de referência a qual a administradora pretende se credenciar, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ais) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários da DATAPREV, contemplando as regras estabelecidas no Termo de Referência a anexos, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
- c) Atestado de Capacidade Técnica, expedido em nome da Administradora de Benefícios, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove o seu desempenho na prestação de serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora(s) de planos de saúde ou de planos odontológicos (dependendo do item do Termo de referência a qual a administradora pretende se credenciar), devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- d) Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;
- e) A Administradora apresentará à DATAPREV os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas;
- f) Declarar que os planos oferecidos dispõem de Rede Credenciada para atender aos beneficiários da DATAPREV, na forma exigida no Termo de Referência e anexos;

3.18. A não apresentação de qualquer dos documentos indicados neste item implicará a inabilitação do proponente.

3.19. A Dataprev reabrirá o credenciamento a cada 12 meses para possibilitar o envio da documentação e propostas de outras administradoras interessadas.

4. DO JULGAMENTO E HOMOLOGAÇÃO

- 4.1. A documentação de credenciamento apresentada será examinada pela Comissão Especial com o apoio da Coordenação Geral de Promoção de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar – CGQV, subordinados à Diretoria de Administração e Pessoas da DATAPREV, devendo ser analisada em até 30 dias.
- 4.2. Não será credenciada a interessada que deixar de apresentar qualquer um dos documentos relacionados neste Edital e seus anexos, ou apresentá-los em desacordo com as demais exigências do presente Edital e seus anexos.
- 4.3. Atendida a todas as exigências do presente Edital e seus anexos, a proponente será declarada habilitada, cujo resultado será publicado no Diário Oficial da União e no site da DATAPREV.
- 4.4. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas habilitadas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas para homologação.

5. DA IMPUGNAÇÃO E ESCLARECIMENTOS AO EDITAL

- 5.1. Até 03 (três) dias úteis anteriores à data fixada para início do envio das propostas, qualquer pessoa poderá impugnar os termos deste Edital, por meio eletrônico, na forma prevista no **subitem 11.3** do Edital.
 - 5.1.1. A impugnação não possui efeito suspensivo e caberá à Comissão, auxiliado pelos responsáveis pela elaboração do edital e dos anexos, decidir sobre a impugnação no prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data de recebimento da impugnação.
 - 5.1.2. Acolhida a impugnação contra o Edital, será definida e publicada nova data para a realização do processo de credenciamento.
- 5.2. Os pedidos de esclarecimentos referentes ao processo de credenciamento serão enviados à Comissão, até 03 (três) dias úteis anteriores à data fixada para início do envio da documentação, por meio eletrônico, na forma prevista no **subitem 11.3** do Edital.
 - 5.2.1. A Comissão responderá aos pedidos de esclarecimentos no prazo de 02 (dois) dias úteis, contado da data de recebimento do pedido, e poderá requisitar subsídios formais aos responsáveis pela elaboração do edital e dos anexos.
 - 5.2.2. As respostas aos pedidos de esclarecimentos serão divulgadas diretamente e pela internet, no site da DATAPREV – www.dataprev.gov.br e vincularão os participantes e a administração.

6. DOS RECURSOS

- 6.1. Divulgada a decisão, no tocante ao julgamento dos documentos apresentados, se dele discordar, a proponente terá o prazo de 03 (três) dias úteis para interpor recurso, contados do dia imediatamente subsequente ao da publicação do resultado do julgamento no Diário Oficial da União e no site da Dataprev.

- 6.2. O recurso deverá ser interposto à Comissão Especial, ficando estabelecido o prazo de até 3 (três) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado ao Gerente do Departamento de Compras – DECP que terá até 3 (três) dias úteis para análise e decisão.
- 6.3. O recurso deverá ser encaminhado para a caixa de endereço eletrônico planejcompras@dataprev.gov.br, devendo a proponente certificar-se através de protocolo, o seu recebimento.
- 6.4. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso.
- 6.5. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos.

7. DA CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

- 7.1. Procedida a homologação pela autoridade competente, a empresa habilitada, após convocação por escrito e protocolizada, deverá comparecer à **Divisão de Contratações e Revisões Contratuais – DICR**, situada na **Rua Professor Álvaro Rodrigues, nº 460 – Sala 1101 – Botafogo – Rio de Janeiro/RJ**, no prazo de 3 (três) dias úteis após a convocação, para retirada do respectivo Contrato de Credenciamento, sendo obrigatória a sua devolução, devidamente assinado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis.
- 7.2. O prazo de retirada e devolução do Contrato de Credenciamento poderá ser prorrogado por uma vez, por igual período, desde que ocorra motivo justificado e aceito pela DATAPREV.
- 7.3. Para os proponentes situados fora do município do Rio de Janeiro, serão enviados, através do Correio, o Contrato de Credenciamento, que deverá ser assinado e reenviado **IMEDIATAMENTE** a **Divisão de Contratações e Revisões Contratuais - DICR**, no endereço descrito no subitem 7.1, com tolerância máxima de 5 (cinco) dias úteis.
- 7.4. A recusa injustificada da adjudicatária em assinar, aceitar ou retirar o Contrato de Credenciamento no prazo estabelecido, bem como não apresentar as mesmas condições exigidas para sua participação e habilitação neste certame, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-a às cominações legais cabíveis.
- 7.5. Expirado o prazo fixado nos **subitens 7.1. e 7.3.** a DATAPREV poderá revogar o procedimento.

8. DAS CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO OBJETO

- 8.1. Deverão ser observadas todas as especificações e condições para entrega e prestação dos serviços constantes do Apenso (Termo de Referência) e seus anexos.

9. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO / FATURAMENTO

9.1. Conforme o item 22 do Apenso – Termo de Referência.

10. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E CONTRATUAIS

10.1. Deverão ser observados também, as sanções contratuais constantes do item 24 do Apenso (Termo de Referência) e do Anexo VI (Minuta de Termo de Credenciamento) deste Edital.

11. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. É facultada à Comissão ou à autoridade competente, em qualquer fase do procedimento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo.

11.2. A autoridade competente para homologar o procedimento, poderá revogá-lo somente em razão do interesse público, por motivo de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar a revogação, e deverá anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação de qualquer pessoa.

11.3. Qualquer pedido de impugnação e esclarecimento, em relação a eventuais dúvidas na interpretação do presente Edital e seus Anexos, deverá ser encaminhado à Comissão Especial pelo e-mail planejcompras@dataprev.gov.br, o qual divulgará a resposta diretamente ao interessado e também publicamente através do site www.dataprev.gov.br.

11.4. O(s) proponente(s) habilitado(s) deverá(ão) indicar o nome do representante legal da empresa para fins de assinatura do Termo de Credenciamento, acompanhado de cópia do instrumento legal que lhe confere tais poderes.

11.4.1. Junto com o documento acima, o proponente deverá encaminhar uma cópia da respectiva cédula de identidade, devidamente autenticada.

11.5. Os documentos exigidos poderão ser apresentados em original, cópia autenticada ou comparada. A cópia de documento, autenticada na forma prevista em lei, dispensará nova conferência com o documento original.

11.5.1. Os documentos apresentados, que forem retirados via internet, não precisarão ser autenticados, devendo sua autenticidade ser verificada posteriormente pela comissão.

11.5.2. Será dispensada a exigência de autenticação de cópia de documento, quando o servidor responsável, mediante comparação entre o original e a cópia, atestar a autenticidade, na forma da Lei nº 13.726/2018.



- 11.6. É vedado que familiar de agente público da DATAPREV, ocupante de cargo de direção, chefia ou assessoramento, preste serviço nesta Empresa Pública Federal, observados os ditames e as exceções previstas no Decreto nº 7.203/2010.
- 11.7. Observar a disciplina da Lei nº 12.846/2013 que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira.
- 11.8. Dar conhecimento do Código de Ética da DATAPREV aos empregados da CONVENIADA que exerçam suas atividades nas dependências desta Empresa Pública Federal, a fim de garantir a fiel observância das regras e orientações contidas no referido código.
- 11.9. O regulamento de Licitações e Contratos da Dataprev está disponível no Portal Dataprev na seguinte URL: <http://portal.dataprev.gov.br/aceso-informacao/licitacoes-e-contratos>.

12. DOS PRAZOS

- 12.1. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação do pregoeiro em contrário.
- 12.2. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias e horas de expediente na DATAPREV.

13. DO FORO

- 13.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o da Seção Judiciária do Distrito Federal.

Rio de Janeiro, 06 de novembro de 2020.

ARMANDO BARCELLOS JUNIOR
Departamento de Compras
Gerente

APENSO
TERMO DE REFERÊNCIA

Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

| Equipe Responsável Coordenação Geral de Promoção de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar (CGQV) e Grupo de Trabalho CS DAP 002 e 004/2020 |
|--|
| Maria Cabral Resende - Mat. 339415 |
| Armando Barcellos Jr - Mat. 292.672 |
| Carla Cordeiro Soares Maia - Mat. 339.300 |
| Eduardo Leal Souto - Mat. 263966 |
| João Paulo Vital Leão - Mat. 338028 |
| José Ivanildo Dias Júnior - Mat. 333867 |
| Rogério Lineu Arita - Mat. 355925 |
| Sergio Barbosa Basile - Mat. 245330 |
| Aprovação Superintendência de Gestão de Pessoas - SUPE |
| José Porphírio de Araújo de Miranda - Mat. 286176 |



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

1 – OBJETO

Disponibilização de planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar aos empregados da DATAPREV e seus dependentes elegíveis, mediante o credenciamento de empresas Administradoras de Benefícios, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pelo período de 60 (sessenta) meses, a serem ofertados conforme detalhamento nos itens abaixo:

Item 1 - Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar **no mínimo 1 (uma) operadora de plano de assistência médica** devidamente autorizada pela ANS com cobertura de **âmbito nacional**, registrada na ANS na modalidade coletivo empresarial, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e de quarto individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aos empregados ativos da DATAPREV e seus dependentes, de acordo com o previsto no item 4, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998 e nas Resoluções Normativas da ANS, em especial as de nºs 195, de 14 de julho de 2009; 196, de 14 de julho de 2009; 252, de 28 de abril de 2011; 259, de 17 de junho de 2011; 428, de 7 de novembro de 2017; e 438, de 03 de dezembro de 2018; mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

Item 2 - Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar **no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência odontológica** devidamente autorizada pela ANS, com cobertura de **âmbito nacional**, objetivando a prestação de assistência odontológica, aos empregados ativos da DATAPREV e seus dependentes, de acordo com o previsto no item 4, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; e nas Resoluções Normativas da ANS, em especial as de nºs 195, de 14 de julho de 2009; 196, de 14 de julho de 2009; 252, de 28 de abril de 2011; 259, de 17 de junho de 2011; 428, de 7 de novembro de 2017; e 438, de 03 de dezembro de 2018; mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

1.1 A(s) administradora(s) de benefícios credenciada(s) poderá(ão), durante a vigência do Contrato de

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

Credenciamento, acrescentar outras operadoras de planos de assistência médica e/ou odontológica, além dos que foram oferecidos durante o procedimento de credenciamento.

2 – CONCEITUAÇÃO

2.1. Para fins deste documento, considera-se:

2.1.1. **USUÁRIOS** - os inscritos no Programa de Assistência à Saúde, na condição de beneficiários titulares e dependentes.

2.1.2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – empregados ativos, sendo assim considerados os efetivos e os extraquadros (ad nutuns ou cedidos para a empresa).

2.1.3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada no item 4 neste Termo de Referência.

2.1.4. **PENSIONISTA** – beneficiário de pensão de beneficiário titular falecido, na forma regulamentada pela legislação vigente.

2.1.5. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - O valor correspondente ao plano de saúde contratado perante a administradora de benefícios, referente ao grupo familiar.

2.1.6. **PER CAPITA** –valor que será ressarcido pela DATAPREV ao empregado, para custeio parcial de seu benefício e de seus dependentes.

2.1.7. **REDE CREDENCIADA** – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

2.1.8. **ABRANGÊNCIA DA REDE** – localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica da DATAPREV, em todo o território nacional, ou a critério do empregado na forma disciplinada neste Termo de Referência.

2.1.9. **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** – empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual a DATAPREV celebrará Contrato de Credenciamento.

2.1.10. **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e de assistência odontológica, com cobertura em todo o

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

território nacional, e atendimentos médico- hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 338, de 21/10/2013, e demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.

2.1.11. **PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

2.1.12. **PLANO ESPECIAL** - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em apartamento individual com banheiro privativo.

2.1.13. **PLANO ODONTOLÓGICO** – Cobertura de Assistência Odontológica – compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela ANS.

2.1.14. **REMOÇÃO** - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

2.1.15. **CO-PARTICIPAÇÃO** – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

3 – PRAZO DE VIGÊNCIA:

Pelo período de 60 (sessenta) meses, a contar da data da assinatura do Contrato de Credenciamento (art. 71, *caput*, da Lei 13.303/16).

3.1. O Contrato de Credenciamento poderá ser rescindido amigavelmente pelas partes, desde que oportunizada, no prazo mínimo de 90 (noventa) dias, a transferência dos empregados eventualmente vinculados aos planos ofertados para outros de opção do trabalhador.

4 - BENEFICIÁRIOS

4.1. São considerados beneficiários titulares:

4.1.1. Os empregados ativos, sendo assim considerados os efetivos e os extraquadros (*ad nutuns ou cedidos para a empresa*).

4.2. São considerados beneficiários dependentes, para efeito de reembolso por parte da DATAPREV, os previstos na Resolução CGPAR nº. 23/2018 (art. 9º, IV):

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

- 4.2.1. cônjuges ou companheiro (a) de união estável, inclusive os do mesmo sexo;
- 4.2.2. filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros menores de 21 (vinte e um) anos de idade;
- 4.2.3. filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros a partir de vinte e um anos de idade e menores de vinte e quatro anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente;
- 4.2.4. filhos ou enteados solteiros maiores de vinte e um anos incapacitados permanentemente para o trabalho;
- 4.2.5. os menores sob tutela ou curatela.

4.3. O empregado que decidir pela inclusão de beneficiário, não previsto no item 4.2, nos planos de saúde ou odontológico ofertados deverão arcar integralmente com o custo de manutenção destes, não sendo praticado reembolso por parte da DATAPREV.

5 – ÓRGÃO REQUISITANTE:

O órgão requisitante da demanda de credenciamento é a Diretoria de Administração e Pessoas – DAP.

6 – LOCAIS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

Os serviços de plano de saúde ou odontológico serão prestados em âmbito nacional e, facultativamente por parte do credenciado, regional, considerando que a DATAPREV possui empregados em todos os Estados.

Segue tabela com endereços das filiais da DATAPREV:

| LOGRADOURO | COMPLEMENTO | BAIRRO | CIDADE | UF | CEP |
|---|-------------|----------|----------------|----|-----------|
| Rua Prof Álvaro Rodrigues, 460 | Sala 1002 | Botafogo | RIO DE JANEIRO | RJ | 22280-040 |
| Av Santos Dumont, 3060 | 2º andar | Aldeota | FORTALEZA | CE | 60150-162 |
| Setor de Autarquias Sul, Quadra 01 Blocos E/F | 4º andar | SAS | BRASILIA | DF | 70070-931 |
| Av Pres Getúlio Vargas, 47 | | Centro | JOÃO PESSOA | PB | 58013-240 |

Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--------|---------------|----|-----------|
| Rua Jundiáí, 330 | 4º/9º Empresarial A Gaspar Corporativo | Tirol | NATAL | RN | 59020-120 |
| Rua Padre Roma, 409 | | Centro | FLORIANÓPOLIS | SC | 88010-090 |
| Rua Dr Manoel Vitorino, 343 | | BRÁS | SÃO PAULO | SP | 03017-020 |

* Sujeito a mudanças de endereços ou inclusões de novos endereços.

7 – ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS:

| FAIXA ETÁRIA | TITULARES | DEPENDENTES |
|-----------------|-------------|-------------|
| 00-18 | 0 | 1768 |
| 19-23 | 0 | 529 |
| 24-28 | 21 | 36 |
| 29-33 | 260 | 153 |
| 34-38 | 530 | 253 |
| 39-43 | 424 | 247 |
| 44-48 | 312 | 178 |
| 49-53 | 383 | 234 |
| 54-58 | 583 | 228 |
| 59 ou + | 635 | 293 |
| SUBTOTAL | 3148 | 3919 |
| TOTAL | 7067 | |



Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

A estimativa acima foi feita de acordo com o número de empregados e seus dependentes em 09 de julho de 2020.

Atualmente, dos 7067 possíveis beneficiários, **3.676** participam do convênio atual, com cobertura odontológica, de autogestão por operadora oferecido pela empresa. **Não há garantia de migração dos beneficiários do plano atual para qualquer um dos planos oferecidos a serem ofertados pela credenciada.**

8 – SINISTRALIDADE:

| ESTADO | SINISTRALIDADE | BENEFICIÁRIOS |
|--------|----------------|---------------|
| AC | 47% | 13 |
| AL | 53% | 57 |
| AM | 100% | 24 |
| AP | 588% | 12 |
| BA | 94% | 151 |
| CE | 106% | 363 |
| DF | 102% | 1006 |
| ES | 153% | 61 |
| GO | 48% | 70 |
| MA | 182% | 108 |
| MG | 88% | 221 |
| MS | 55% | 33 |
| MT | 33% | 30 |
| PA | 114% | 56 |
| PB | 93% | 564 |



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

| | | |
|----|------|------|
| PE | 98% | 186 |
| PI | 85% | 101 |
| PR | 76% | 104 |
| RJ | 56% | 2874 |
| RN | 118% | 286 |
| RO | 407% | 5 |
| RR | 60% | 1 |
| RS | 111% | 177 |
| SC | 166% | 305 |
| SE | 142% | 73 |
| SP | 79% | 494 |
| TO | 41% | 12 |

8.1 A tabela de sinistralidade acima considera também como dependentes pais e mães. De acordo com o item 4, subitem 4.2, pais e mães não constam mais no rol de dependentes.

8.2. O período considerado para o levantamento acima é de janeiro a abril de 2020, tomando como base os beneficiários que participam de plano de saúde de autogestão por operadora oferecido pela empresa.

8.3. O convênio atual de autogestão por operadora mantém ativo o plano de ex-empregados da DATAPREV, o que aumenta a quantidade de beneficiários apresentado na sinistralidade em relação ao item 7. Não faz parte do objeto de credenciamento pensionistas e ex-empregados, conforme item 1 do Termo de Referência.

9 – INCLUSÃO E REINCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

9.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde ou Odontológicos apresentados pelas



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

Administradoras de Benefícios conveniadas pela DATAPREV os empregados ativos mediante manifestação expressa junto à área de Gestão de Pessoas da DATAPREV e à Administradora de Benefícios.

9.1.1. Será assegurado o direito à manutenção de plano de saúde ou de assistência médica oferecido pela empresa ao empregado, não obstante suspenso o contrato de trabalho em virtude de auxílio-doença acidentário ou de aposentadoria por invalidez, nos termos da Súmula nº. 440 do Tribunal Superior do Trabalho – TST.

9.2. É voluntária a adesão, migração e a exclusão de qualquer beneficiário, por decisão do próprio, em plano de assistência à saúde ou odontológica de que trata este Termo de Referência.

9.3. Em nenhuma hipótese poderá o beneficiário usufruir mais de um plano de saúde ou odontológico custeado parcialmente pela DATAPREV. Caso opte por possui mais de um plano de saúde ou planos de saúde e odontológicos distintos, a contribuição (ressarcimento parcial) da DATAPREV será efetivada considerando o plano de saúde de menor valor.

9.4. A solicitação de inscrição ou exclusão de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde ou Odontológico deverá atender o cronograma das administradoras/operadoras. O referido cronograma deverá ser apresentado no momento da assinatura do Contrato de Credenciamento e observar o prazo de vigência deste.

9.5. Caberá à DATAPREV solicitar ao titular para apresentar documentos que comprovem o vínculo familiar dos dependentes, indicando a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os empregados, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

10 – EXCLUSÃO

10.1. As exclusões de usuários do plano de assistência à saúde ou odontológico serão, tempestivamente, comunicadas à empresa CREDENCIADA, pela Gerência de Gestão de Pessoas. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da CREDENCIADA;

Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

10.2. A exclusão do empregado implicará na exclusão de todos os seus dependentes;

10.3. A exclusão do titular e demais beneficiários a ele vinculados do plano de assistência à saúde dar-se-á pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos (**com exceção dos empregados em gozo de auxílio-doença acidentário ou de aposentadoria por invalidez**), a partir do primeiro dia do mês subsequente à comunicação à CREDENCIADA, assim como nas seguintes hipóteses:

10.3.1. demissão;

10.3.2. cancelamento voluntário da inscrição, solicitado pelo titular;

10.3.3. falecimento, ressalvado o direito previsto no art. 30, §3º, da Lei nº. 9.656/98;

10.3.4. quando deixar de atender às condições de dependência estabelecidas no item 4.2.

10.3.5. fraude ou inadimplência.

10.4. É da responsabilidade do empregado solicitar, formalmente, à Gerência de Administração de Pessoas, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência ou quando não tiver mais o interesse de mantê-los no plano;

10.5. Na hipótese de falecimento do titular, dependente ou agregado, a cobrança da mensalidade será efetuada de forma proporcional até o dia do evento;

10.6. O empregado excluído será responsável pela devolução imediata de sua identificação, bem como da de seus dependentes, à área de Gestão de Pessoas, caso esta tenha disponibilizada pelo plano de saúde ou odontológico;

10.7. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o empregado será excluído, juntamente com os demais beneficiários a ele vinculados, do plano de assistência à saúde, podendo optar por permanecer no plano de saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo

Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

custeio das despesas.

10.8. As hipóteses abaixo discriminadas constituem exclusões, as quais terão o pagamento da mensalidade efetuado até a data da comunicação do evento pelo empregado à área de Gestão de Pessoas:

10.8.1. separação judicial ou divórcio;

10.8.2. cancelamento de união estável;

10.9. Caberá ao empregado entregar à área de Gestão de Pessoas formulário de exclusão;

10.10. A não observância do item anterior desobriga a conveniada de efetuar a exclusão retroativa, devendo o empregado arcar com os valores devidos;

10.11. No caso dos dependentes legais, filhos ou enteados, que porventura percam a condição de estudante por ocasião do término da faculdade ou quando completarem 24 anos, a exclusão ou transferência para a condição de dependente especial será efetuada no mês subsequente ao da data do evento; e

10.12. Quando houver mudança na faixa etária do beneficiário dependente que implique em aumento na mensalidade, a majoração vigorará a partir do mês subsequente ao da data de aniversário do dependente.

11 – CARÊNCIA

11.1. Os empregados ativos da DATAPREV e seus dependentes disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Contrato de Credenciamento com a Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no plano de saúde ou odontológico.

11.2. Os empregados que ingressarem na DATAPREV após a data de celebração do Contrato de



Termo de Referência **Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde**

Credenciamento disporão do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no plano de saúde ou odontológico.

11.3. Na transferência de plano inferior para o plano superior (acomodação em quarto privativo) fica garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências do plano de saúde ou odontológico.

11.4. Ressalvada situação mais benéfica prevista no plano de saúde ou odontológico, a transferência de plano superior para o plano inferior (acomodação em enfermaria) poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que não tenha ocorrido nenhum ato cirúrgico que tenha demandado internação, num período inferior a 180 (cento e oitenta) dias da solicitação.

11.5. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos empregados ativos da DATAPREV no Plano de Assistência à Saúde ou Odontológico (por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade) terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado Plano, sob pena do cumprimento da carência prevista no plano de saúde ou odontológico.

11.6. Serão praticadas isenção de carência para atendimento em urgências e emergências 24 (vinte e quatro) horas após a inscrição; e para filhos recém-nascidos inscritos no plano até 30 (trinta) dias após o nascimento.

11.7. Fica sujeita à carência prevista no plano de saúde ou odontológico a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por empregado ativo da DATAPREV.

11.8. As carências previstas nos planos de saúde ou odontológico deverão observar as regulamentações da ANS, em especial as Resoluções Normativas de nºs. 259 de 2011 e 438 de 2018.

12 – PORTABILIDADE

12.1. Os planos de saúde ou odontológico deverão observar as regulamentações da ANS acerca do



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

tema da portabilidade, em especial a Resolução Normativa nº. 438 de 2018.

12.2. Os planos de saúde ou odontológico poderão oferecer condições de portabilidade mais benéficas que as previstas na legislação vigente.

13 – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

A operadora contratada deverá assegurar assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, fonoaudióloga e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

13.1. Atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

13.1.1 A cobertura ambulatorial compreenderá os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes e suas Diretrizes de Utilização (DUT), editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, realizados em consultório ou ambulatório, observadas, no mínimo, as seguintes coberturas:

- I – Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II – Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação;
- III – Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- IV – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- V – Cobertura de fisioterapia listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do

Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

evento, que poderá ser realizada tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VI – atendimentos ambulatoriais em ambiente hospitalar, caracterizados como de urgência ou de emergência limitados até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

VII – Procedimentos considerados especiais, no mínimo os abaixo relacionados:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD
- b) Quimioterapia ambulatorial
- c) Radioterapia ambulatorial
- d) Hemoterapia ambulatorial
- e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêutica hemodinâmica
- g) Procedimentos que exijam anestesia local, sedação ou bloqueio.

VIII – Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, abrangendo no mínimo:

a) Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) Psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

c) Tratamento básico, que é aquele prestado por profissional de saúde, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

13.1.2 A assistência em fisioterapia deverá prever a cobertura de procedimentos para avaliação e tratamento de distúrbios que afetem a fisiologia normal do organismo humano e observará:

I – A autorização para tratamentos fisioterápicos será concedida a partir de solicitação de profissionais médicos, contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto;

II – A assistência em fisioterapia cobrirá sessões necessárias ao tratamento fisioterápico, conforme solicitação do profissional assistente;

III – A consulta com fisioterapeuta será disponibilizada de acordo com a Diretriz de Utilização (DUT), estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

13.1.3 A assistência em psicologia deverá prever as coberturas de procedimentos, consultas e testes para avaliação e tratamento em portadores de distúrbios psicológicos e observará:

I – A assistência em psicologia será concedida a partir da solicitação do médico assistente, contendo a indicação e a justificativa do tratamento proposto;

II – Será facultada a opção pelo tipo de psicoterapia: individual, em grupo, familiar ou de casal;

III – As sessões de psicoterapia serão disponibilizadas de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

13.1.4 A assistência em fonoaudiologia deverá prever a cobertura de teste e serviços para portadores de patologias que afetem a linguagem oral ou escrita e a recepção de sons, e observará:

I – O atendimento e/ou tratamento fonoaudiológico será autorizado mediante encaminhamento por profissionais médicos ou odontólogos acompanhados de relatório técnico;

II – As sessões de fonoaudiologia serão disponibilizadas de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

13.2 Cobertura Hospitalar:

A cobertura hospitalar compreenderá os atendimentos em unidade hospitalar, definidos em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, incluída a previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e devem incluir no mínimo:

I – Internação hospitalar, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II – Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

III – Diária de internação hospitalar;

IV – Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

V – Exames complementares indispensáveis para controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI – Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

VII – Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais conforme indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

VIII – Cobertura das despesas, inclusive paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) Pré-parto;
- b) Parto;
- c) Pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente; e
- d) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

IX – Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT), vigentes à época do evento;

X – Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;

XI – Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

XII – Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

XIII – Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XIV – Tratamento dos transtornos psiquiátricos confinados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, compreendendo:

- a) O custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de convênio,

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do beneficiário titular de 50% (cinquenta por cento);

c) A cobertura de internação, contínua ou não, em hospital geral, para beneficiários portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização; e

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do beneficiário titular de 50% (cinquenta por cento);

XV – Cobertura de transplantes conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

a) As despesas assistenciais com doadores vivos;

b) Os medicamentos utilizados durante a internação;

c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, incluindo medicamentos de manutenção;

d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.

§ 1º O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na legislação em vigor.

§ 2º Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados, na acomodação coberta pelo plano enfermaria, ao beneficiário será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

§ 3º Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade da CONTRATADA.



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

13.3 Assistência em Hospital Dia:

A assistência em Hospital-Dia compreende a realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente na unidade, por um mínimo de 06 (seis) e no máximo de 12 (doze) horas.

§ 1º Os procedimentos cirúrgicos emergenciais não se caracterizam como atendimento em Hospital-Dia, bem como os procedimentos quimioterápicos e hemodiálises.

§ 2º Enquadram-se nesta modalidade de atendimento os procedimentos cirúrgicos eletivos, com tempo de permanência de 12 (doze) horas, realizados sob anestesia loco-regional com ou sem sedação e/ou com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar.

§ 3º A assistência em Hospital-Dia para transtornos mentais, conforme solicitação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) vigentes à época do evento.

13.4 Estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas;

14 – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS NOS PLANOS ODONTOLÓGICOS

A cobertura odontológica compreende:

14.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa nº 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação odontológica.

14.1.1. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

14.1.2. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I da RN 428/2017 para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

14.1.3. É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

15 – MODALIDADES DOS SERVIÇOS

15.1. **Plano básico para Titulares e Dependentes:** a operadora deverá apresentar proposta para cobertura, em todo o território nacional, dos serviços especificados neste termo de referência com acomodação em enfermaria e com atendimento eletivo e de urgência/emergência para os titulares e dependentes;

15.2. **Plano especial:** a operadora deverá apresentar proposta optativa que contemple todas as coberturas dos planos básicos (para titulares/dependentes), porém com internação hospitalar em apartamento individual com banheiro privativo.

15.3. A operadora poderá apresentar planos com cobertura superior à dos planos especificados nos subitens anteriores; e

15.4. **Plano Odontológico:** Cobertura de assistência odontológica – compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde.

16 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação; e

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

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

16.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da 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, observando-se o seguinte:

16.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação; e

16.3.2. Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde-SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

16.4. Para os serviços odontológicos, considera-se atendimento de Emergência todo atendimento que não configure passo intermediário e/ou final de tratamento; e

16.5. São considerados procedimentos de emergência:

16.5.1. sedação da dor;

16.5.2. curativo pós-operatórios;

16.5.3. hemorragia;

16.5.4. sutura;

16.5.5. pulpotomia;

16.5.6. pulpectomia;

16.5.7. drenagem de abscesso via intra-oral ou extra-oral;



Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

16.5.8. alveolite;

16.5.9. recolocação de prótese; e

16.5 .10. exodontia simples.

17 – REEMBOLSO DE DESPESAS

17.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

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

17.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

17.1.3. Quando houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

17.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido no contrato.

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

17.3.1. Conta discriminada das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

17.3.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

17.3.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

17.3.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

17.4. Para fins de reembolso, o empregado 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;

17.5. Fica expressamente vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela de remuneração adotada.

18 – DA REMOÇÃO

18.1. 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 de abrangência geográfica do plano.

18.2. Nos 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 área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

18.2.1. 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;

18.2.2. 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

Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

receber;

18.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 18.1, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

19 – REDE CREDENCIADA

19.1. A rede de atendimento disponibilizada pela conveniada aos beneficiários para a prestação dos serviços de assistência médica, deverá ter no mínimo 1 (uma) operadora de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela ANS com cobertura de âmbito nacional.

19.2. As operadoras de assistência odontológica contratadas pela Administradora de Benefícios deverão dispor de rede em todas as capitais dos Estados.

20 - REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE CONVÊNIO

20.1. As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar Convênio com a DATAPREV deverão cumprir as seguintes condições:

20.1.1. Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2. Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ais) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários da DATAPREV, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;

20.1.3. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

20.1.4. Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

devidamente registradas na ANS;

20.1.5. Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;

20.1.6. Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer tipo de trabalho, salvo na condição de aprendizes para menores com idades de 14 (quatorze) a 16 (dezesesseis) anos, nos termos do art. 7º, XXXIII, da CF/88;

20.1.7. A Administradora apresentará à DATAPREV os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas;

20.1.8. Declarar que os planos oferecidos dispõem de Rede Credenciada para atender aos beneficiários da DATAPREV, na forma exigida neste Termo;

21 – PARÂMETRO PARA A DEFINIÇÃO DO PREÇO DAS MENSALIDADES:

Os valores das mensalidades serão definidos pelas faixas etárias determinadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) independente de sexo e já incluídos os impostos, taxas e quaisquer outras despesas inerentes ao cumprimento da obrigação.

21.1. A fixação das mensalidades é de competência única e exclusiva dos planos de saúde. A responsabilidade financeira da DATAPREV para com o seu empregado limitar-se-á ao valor do benefício financeiro definido em normativo interno.

21.2. A responsabilidade pelo pagamento das mensalidades ou de coparticipações é exclusiva do empregado, não respondendo a DATAPREV por eventuais inadimplências.

22 – FATURAMENTO/PAGAMENTO:

22.1. Os empregados, ao optarem por plano de saúde oferecido pela CREDENCIADA, deverão optar **formalmente** pelo pagamento integral das mensalidades por boleto bancário, por débito em conta

Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

corrente ou por outra modalidade autônoma que atenda às partes. A DATAPREV não procederá com os descontos das mensalidades na folha de pagamento.

22.2. A CREDENCIADA enviará mensalmente para DATAPREV a relação dos empregados e beneficiários que se enquadram no subitem 4.2 (art. 9º, IV, da Resolução CGPAR nº. 23/2018), para que a DATAPREV proceda com o ressarcimento ao empregado, nos termos do normativo interno de benefício de assistência à saúde.

22.2.1. Deverá constar, ainda, da relação prevista no item 22.2, a identificação do plano de saúde ou odontológico; o mês de competência da mensalidade; e o valor da mensalidade de responsabilidade do empregado, discriminada por titular e por beneficiários.

22.2.2. A relação deverá ser enviada pela CREDENCIADA à DATAPREV até o dia 20 (vinte) de cada mês da competência das mensalidades, preferencialmente, em layout a ser definido pelas partes no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do Contrato de Credenciamento.

22.3. A DATAPREV não realizará pagamentos à CREDENCIADA ou aos planos de saúde ou odontólogos ofertados por esta.

22.4. O ressarcimento ao empregado dar-se-á nos termos e valores disciplinados no normativo interno da empresa aplicável ao caso.

23 – SIGILO E INVIOABILIDADE:

A CREDENCIADA assinará, além do Contrato de Credenciamento, o Termo de Sigilo constante do Anexo I deste Termo de Referência.

24 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO:

24.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Contrato de Credenciamento, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei e no Regulamento de Compras da DATAPREV:

Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

- a) advertência por escrito;
- b) multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (meio por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente(s), indicada(s) pela administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- c) multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;
- d) suspensão temporária do Contrato de Credenciamento, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela DATAPREV;

24.2. As sanções previstas no caput deste item serão precedidas de procedimento em que será facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

24.3. As sanções previstas nos subitens "a" e "b" poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens "d" e "e", facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

24.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Edital de Credenciamento e/ou no Contrato de Credenciamento, ou, ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação à DATAPREV, apuradas em processo administrativo.

25 – GESTÃO CONTRATUAL:

A gestão contratual dos credenciamentos será realizada pelo titular da Coordenação Geral de Promoção de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-Estar – CGQV.

26 - OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

26.1. Fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;

26.2. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da DATAPREV;



Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

- 26.3. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Contrato de Credenciamento;
- 26.4. Exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto à DATAPREV, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- 26.5. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão, reinclusão, exclusão e mudança de faixa etária de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Contrato de Credenciamento.
- 26.6. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- 26.7. 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;
- 26.8. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- 26.9. Apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde;
- 26.10. Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora;
- 26.11. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- 26.12. Executar, quando solicitado pela DATAPREV, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos empregados e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a DATAPREV;



Termo de Referência **Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde**

26.13. Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;

26.14. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

26.15. Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;

26.16. Proteger o sigilo médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a RN ANS 255/2011;

26.17. Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

26.18. Enviar relatório de comprovação de pagamento dos beneficiários, para fins de ressarcimento, conforme modelo definido pela DATAPREV, em Excel.

26.19. Encaminhar, anualmente, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

26.20. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:

I – Perfil Demográfico da Carteira;

II – Relatório de sinistralidade;

III – Indicadores sobre a Utilização;

a) Beneficiários;

b) Prestadores.

Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

- IV – Casos Crônicos e de Risco;
- a) Identificação de casos Crônicos;
 - b) Descrição das Patologias;
 - c) Parecer médico.

V – Monitoramento

VI – Lista de beneficiários selecionados para gerenciamento e Casos ou Condições Crônicas enviadas para a operadora.

26.21. A Administradora de Benefícios deverá manter **provisoriamente** um posto de apoio, nas dependências da DATAPREV nos estados do Rio de Janeiro e Brasília, pelo prazo de 15 (quinze) dias, contados da assinatura do Contrato de Credenciamento, para atendimento aos empregados.

A DATAPREV também poderá disponibilizar local para postos de apoio nos outros Estados citados no item 6, pelo período de até 15 (quinze) dias contados da assinatura do Contrato de Credenciamento, se a Administradora de Benefícios assim desejar.

26.22. Após o prazo acima fixado, a Administradora deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos empregados desta Empresa (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos

27. OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Convênio, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 337, de 21 de outubro de 2015; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

27.1. 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;



Termo de Referência **Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde**

27.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à 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.

27.3. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

27.4. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:

- a) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, 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 dos honorários médicos;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital;
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso;

27.5. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

27.6. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

27.7. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

27.8. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, 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 contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos), por meio físico ou virtual;

27.9. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;

27.10. Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;

27.11. Deverá possuir a facilidade **“disque 0800 24 horas”**, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

28 - OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS ODONTOLÓGICAS

Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Contrato de Credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98 e Resolução 428, de 07 de novembro de 2017 da ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

28.1. Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

28.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à 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.

28.3. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

odontológicas contratadas pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado, na forma prevista na legislação vigente, pelas operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

28.4. Para os beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:

- a) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais;
- b) Recibos de pagamento dos honorários;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

28.5. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

28.6. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;

28.7. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

28.8. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Odontológico, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Consultórios e outros estabelecimentos e/ou profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, por meio físico ou virtual;



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

28.9. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, estabelecimentos e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;

28.10. Deverá possuir a facilidade **“disque 0800 24 horas”** para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

29 - OBRIGAÇÕES DA DATAPREV

29.1. Colocar à disposição da Administradora Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

29.2. Permitir à Administradora Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

29.3. Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências das sedes da DATAPREV, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Convênio;

29.4. Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela conveniada;

29.5. Relacionar, após a assinatura do contrato, os beneficiários de cada plano, cujos titulares deverão manifestar sua opção no prazo de 60 (sessenta) dias após a celebração do contrato;

29.6. Informar à CREDENCIADA, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (e-mail), qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários;

29.7. Notificar à conveniada através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (e-mail), os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao atendimento médico prestado pela empresa, ficando resguardado, contudo, o atendimento até o último dia da cobertura cujo



Termo de Referência

Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

pagamento já tenha sido realizado;

29.8. Comunicar à conveniada a exclusão de beneficiários em virtude de óbito, separação, divórcio, mudança de estado civil, retorno ao órgão ou entidade de origem, maioridade do filho (a) e mudança de país;

29.9. Informar falhas e ocorrências detectadas à conveniada com vistas à adoção das medidas que se façam necessárias;

29.10. Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica credenciada, devendo comunicar à conveniada, por escrito, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (e-mail), toda e qualquer irregularidade observada; e

29.11. Acompanhar e fiscalizar a execução do Contrato de Credenciamento, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento.

29.12. Fornecer, mensalmente, à CREDENCIADA, lista nominal de todos os Titulares e Dependentes excluídos da cobertura financeira da DATAPREV por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao plano de saúde ou odontológico;

30 – DISPOSIÇÕES GERAIS:

30.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações.

30.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

30.3. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde ou Odontológico contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento



Termo de Referência **Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde**

decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do empregado.

30.4. Os casos omissos serão dirimidos pela Gerência de Gestão de Pessoas, em conjunto com a Administradora de Benefícios conveniada.

31 – ANEXOS:

ANEXO I – Modelo de Termo de Sigilo

ANEXO II – Beneficiários estimados por sexo e faixa etária

ANEXO III – Beneficiários estimados por Estado e faixa etária

ANEXO IV – Beneficiários estimados por município

ANEXO V – Planilha de preços por faixa etária

Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

ANEXO I

MODELO DE TERMO DE SIGILO

PROCESSO Nº /20xx

TERMO DE SIGILO VINCULADO AO CONTRATO XXX

Cláusula Primeira – DO OBJETO

Constitui objeto deste Termo o estabelecimento de condições específicas para regulamentar as obrigações a serem observadas pela contratada, doravante denominada **PARTE RECEPTORA**, no que diz respeito ao trato de informações sigilosas, disponibilizadas pela contratante, doravante denominada **PARTE REVELADORA**, por força dos procedimentos necessários para a execução do objeto do Contrato Principal celebrado entre as partes.

Cláusula Segunda – DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

| | |
|---------------------|--|
| Contrato principal | Contrato celebrado entre as partes, ao qual este Termo de Sigilo se vincula. |
| Informação | Conjunto de dados organizados de acordo com procedimentos executados por meios eletrônicos ou não, que possibilitam a realização de atividades específicas e/ou tomada de decisão. |
| Informação sigilosa | Aquelas que estão submetidas à restrição de acesso público, cujo conhecimento e divulgação estão regidos por esse instrumento. |
| Informação pública | Aquelas cujo acesso é irrestrito, obtidas por divulgação pública, observados os canais oficiais autorizados para tal. |

Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

- a) Responsabilizar-se por impedir, por qualquer meio em direito admitido, arcando com todos os custos do impedimento, mesmo judiciais, inclusive as despesas processuais e outras despesas derivadas, a divulgação ou utilização das informações sigilosas por seus agentes, representantes ou por terceiros; e
- b) Comunicar à **PARTE REVELADORA**, de imediato, de forma expressa e antes de qualquer divulgação, caso tenha que revelar qualquer uma das informações, por determinação judicial ou ordem de atendimento obrigatório determinado por órgão competente.

Cláusula Quinta – DIREITOS E OBRIGAÇÕES

§1º A PARTE RECEPTORA se compromete e se obriga a utilizar a informação sigilosa revelada pela **PARTE REVELADORA** exclusivamente para os propósitos da execução do Contrato Principal, em conformidade com o disposto neste deste Termo.

§2º A PARTE RECEPTORA se compromete a não efetuar qualquer tipo de cópia da informação sigilosa sem o consentimento expresso e prévio da **PARTE REVELADORA**.

§3º A PARTE RECEPTORA se compromete a obter o aceite formal dos funcionários que atuarão direta ou indiretamente na execução do Contrato Principal sobre a existência deste Termo bem como da natureza sigilosa das informações e dar ciência a **PARTE REVELADORA** dos documentos comprobatórios quando solicitado.

§4º A PARTE RECEPTORA obriga-se a tomar todas as medidas necessárias a proteção da informação sigilosa, bem como para evitar e prevenir a revelação a terceiros.

§5º A PARTE RECEPTORA deverá, quando requerido pela **PARTE REVELADORA**, proceder com o imediato descarte de forma irreversível, incluindo todas e quaisquer cópias eventualmente existentes em qualquer suporte de todas as informações sigilosas sob sua custódia referentes ao contrato principal.

Cláusula Sexta – DISPOSIÇÕES GERAIS

Termo de Referência Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

§1º Surgindo divergências quanto a interpretação do acordo pactuado neste instrumento ou quanto a execução das obrigações dele decorrentes ou, se constatados casos omissos, as partes buscarão solucionar as divergências de acordo com os princípios de boa-fé, da equidade, da razoabilidade e da economicidade.

§2º O disposto no presente Termo prevalecerá sempre em caso de dúvida, e salvo expressa determinação em contrário, sobre eventuais disposições constantes de outros instrumentos conexos firmados entre as partes quanto ao sigilo de informações, tal como aqui definidas.

Cláusula Sétima – DISPOSIÇÕES ESPECIAIS

Ao assinar o presente instrumento, a **PARTE RECEPTORA** manifesta sua concordância no sentido de que:

- a) O não exercício, por qualquer uma das Partes, de direitos assegurados neste instrumento não importará em renúncia aos mesmos, sendo considerado como mera tolerância para todos os efeitos de direito;
- b) Todas as condições, termos e obrigações ora constituídas serão regidas pela legislação e regulamentação brasileiras pertinentes;
- c) O presente Termo somente poderá ser alterado mediante termo aditivo firmado pelas partes;
- d) Alterações do número, natureza e quantidade das informações disponibilizadas para a **PARTE RECEPTORA** não descaracterizarão ou reduzirão o compromisso e as obrigações pactuadas neste Termo de Sigilo, que permanecerá válido e com todos seus efeitos legais em qualquer uma das situações tipificadas neste instrumento;
- e) O acréscimo, complementação, substituição ou esclarecimento de qualquer uma das informações disponibilizadas para a **PARTE RECEPTORA**, serão incorporados a este Termo, passando a fazer dele parte integrante, para todos os fins e efeitos, recebendo também a mesma proteção descrita para as informações iniciais disponibilizadas; e



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

f) Este Termo não deve ser interpretado como criação ou envolvimento das Partes, ou suas afiliadas, nem em obrigação de divulgar informações sigilosas para a outra Parte, nem como obrigação de celebrarem qualquer outro acordo entre si.

Cláusula Oitava – VIGÊNCIA

O presente Termo tem natureza irrevogável e irretroatável, permanecendo em vigor desde a data de início das atividades pertinentes ao Contrato Principal, mantendo-se em vigor por prazo indeterminado, a não ser que haja disposição em contrário por escrito, estipulada pela **PARTE REVELADORA** mesmo após o término do Contrato Principal ao qual está vinculado.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

| | |
|---|----------|
| EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA DATAPREV | XXXXXXXX |
|---|----------|

Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

ANEXO II

Beneficiários estimados por sexo e faixa etária:

| FAIXA ETÁRIA | TITULAR | | DEPENDENTE | | TOTAL |
|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| | M | F | M | F | |
| 0 A 18 anos | 0 | 0 | 879 | 889 | 1.768 |
| 19 a 23 anos | 0 | 0 | 259 | 270 | 529 |
| 24 a 28 anos | 14 | 7 | 2 | 34 | 57 |
| 29 a 33 anos | 223 | 37 | 8 | 145 | 413 |
| 34 a 38 anos | 434 | 96 | 21 | 232 | 783 |
| 39 a 43 anos | 314 | 110 | 24 | 223 | 671 |
| 44 a 48 anos | 228 | 84 | 23 | 155 | 490 |
| 49 a 53 anos | 250 | 133 | 35 | 199 | 617 |
| 54 a 58 anos | 370 | 213 | 56 | 172 | 811 |
| 59 ou mais | 440 | 195 | 115 | 178 | 928 |
| TOTAL | 2.273 | 875 | 1.422 | 2.497 | 7.067 |

Anexo III

Tabela beneficiários estimados por Estado

| FAIXA ETÁRIA | AC | AL | AM | AP | BA | CE | DF | ES | GO | MA | MG | MS | MT | PA | PB | PE | PI | PR | RJ | RN | RO | RR | RS | SC | SE | SP | TO | TOTAL |
|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|--------------|------------|----------|----------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| 0 A 18 anos | 1 | 8 | 4 | 5 | 10 | 156 | 295 | 7 | 17 | 10 | 19 | 7 | 6 | 10 | 185 | 19 | 6 | 4 | 678 | 69 | 0 | 0 | 8 | 127 | 4 | 108 | 5 | 1.768 |
| 19 a 23 anos | 3 | 0 | 0 | 0 | 6 | 34 | 57 | 3 | 6 | 6 | 12 | 3 | 2 | 6 | 17 | 5 | 2 | 3 | 281 | 6 | 1 | 0 | 12 | 16 | 4 | 42 | 2 | 529 |
| 24 a 28 anos | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 13 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 | 1 | 1 | 16 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 57 |
| 29 a 33 anos | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 24 | 89 | 0 | 1 | 0 | 6 | 2 | 0 | 0 | 41 | 5 | 2 | 1 | 112 | 77 | 0 | 0 | 0 | 21 | 1 | 30 | 0 | 413 |
| 34 a 38 anos | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 96 | 126 | 1 | 7 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 122 | 16 | 1 | 2 | 211 | 60 | 0 | 0 | 0 | 82 | 2 | 47 | 1 | 783 |
| 39 a 43 anos | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 70 | 116 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 71 | 6 | 0 | 2 | 277 | 28 | 0 | 0 | 2 | 56 | 0 | 27 | 0 | 671 |
| 44 a 48 anos | 0 | 3 | 1 | 1 | 5 | 34 | 66 | 3 | 4 | 0 | 5 | 3 | 1 | 1 | 29 | 4 | 1 | 2 | 234 | 10 | 1 | 0 | 2 | 34 | 2 | 41 | 3 | 490 |
| 49 a 53 anos | 1 | 4 | 3 | 2 | 9 | 31 | 67 | 7 | 5 | 12 | 19 | 3 | 5 | 9 | 10 | 10 | 5 | 3 | 294 | 9 | 1 | 0 | 9 | 29 | 9 | 59 | 2 | 617 |
| 54 a 58 anos | 0 | 8 | 2 | 0 | 15 | 44 | 66 | 6 | 6 | 8 | 19 | 2 | 1 | 5 | 18 | 9 | 3 | 4 | 446 | 11 | 1 | 0 | 17 | 31 | 3 | 86 | 0 | 811 |
| 59 ou mais | 1 | 2 | 0 | 0 | 7 | 60 | 51 | 2 | 9 | 12 | 21 | 1 | 0 | 3 | 15 | 4 | 2 | 7 | 580 | 8 | 0 | 1 | 18 | 30 | 4 | 90 | 0 | 928 |
| TOTAL | 6 | 25 | 11 | 10 | 59 | 553 | 946 | 29 | 58 | 52 | 108 | 24 | 16 | 35 | 513 | 79 | 23 | 29 | 3.129 | 289 | 4 | 1 | 68 | 426 | 29 | 532 | 13 | 7.067 |



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

ANEXO IV – Beneficiários estimados por município

| ESTADO | MUNICÍPIO | VIDAS |
|---------------|---------------------|--------------|
| AC | RIO BRANCO | 6 |
| AL | MACEIO | 25 |
| AM | MANAUS | 11 |
| AP | MACAPA | 10 |
| BA | LAURO DE FREITAS | 1 |
| | SALVADOR | 57 |
| | VERA CRUZ | 1 |
| CE | AURORA | 1 |
| | CAUCAIA | 8 |
| | EUSEBIO | 9 |
| | FORTALEZA | 534 |
| | TRAIRI | 1 |
| DF | BRASILIA | 946 |
| ES | ARACRUZ | 2 |
| | VILA VELHA | 4 |
| | VITORIA | 23 |
| GO | ANAPOLIS | 3 |
| | CIDADE OCIDENTAL | 4 |
| | GOIANIA | 40 |
| | NOVO GAMA | 2 |
| | VALPARAISO DE GOIAS | 9 |
| MA | SAO LUIS | 50 |
| | TIMON | 2 |
| MG | BELO HORIZONTE | 70 |
| | BETIM | 7 |
| | BOM DESPACHO | 1 |



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

| | | |
|----|-------------------------|-----|
| | CATAGUASES | 5 |
| | CONTAGEM | 13 |
| | DIVINOPOLIS | 2 |
| | FORMIGA | 1 |
| | ITAOBIM | 2 |
| | JUATUBA | 3 |
| | LAGOA SANTA | 2 |
| | SAO JOSE DA LAPA | 2 |
| MS | AQUIDAUANA | 4 |
| | CAMPO GRANDE | 20 |
| MT | CUIABA | 16 |
| PA | ANANINDEUA | 10 |
| | BELEM | 22 |
| | SAO MIGUEL DO GUAMA | 3 |
| PB | CABEDELO | 13 |
| | CAMPINA GRANDE | 2 |
| | CATOLE DO ROCHA | 3 |
| | JOAO PESSOA | 484 |
| | PATOS | 4 |
| | PEDRAS DE FOGO | 3 |
| | RIO TINTO | 4 |
| PE | CAMARAGIBE | 5 |
| | JABOATAO DOS GUARARAPES | 5 |
| | OLINDA | 6 |
| | PAULISTA | 5 |



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

| | | |
|----|--------------------------------|-----|
| | RECIFE | 58 |
| PI | TERESINA | 23 |
| PR | CURITIBA | 27 |
| | FOZ DO IGUACU | 2 |
| RJ | ARARUAMA | 1 |
| | BARRA MANSA | 2 |
| | BELFORD ROXO | 6 |
| | CABO FRIO | 8 |
| | DUQUE DE CAXIAS | 30 |
| | ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN | 1 |
| | GUAPIMIRIM | 4 |
| | ITABORAI | 1 |
| | ITAGUAI | 3 |
| | ITATIAIA | 1 |
| | MAGE | 13 |
| | MANGARATIBA | 3 |
| | MESQUITA | 13 |
| | NILOPOLIS | 15 |
| | NITEROI | 273 |
| | NOVA FRIBURGO | 1 |
| | NOVA IGUACU | 62 |
| | PETROPOLIS | 30 |
| | PINHEIRAL | 2 |
| | PIRAI | 3 |



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

| | | |
|----|--------------------|------|
| | QUEIMADOS | 8 |
| | RIO BONITO | 4 |
| | RIO DE JANEIRO | 2454 |
| | SAO GONCALO | 60 |
| | SAO JOAO DE MERITI | 19 |
| | SAQUAREMA | 6 |
| | TERESOPOLIS | 14 |
| | TRES RIOS | 4 |
| | VOLTA REDONDA | 11 |
| RN | MOSSORO | 2 |
| | NATAL | 258 |
| | PARNAMIRIM | 27 |
| | SAO JOSE DE MIPIBU | 2 |
| RO | PORTO VELHO | 4 |
| RR | BOA VISTA | 1 |
| RS | CANOAS | 1 |
| | GRAVATAI | 3 |
| | PORTO ALEGRE | 62 |
| | VIAMAO | 2 |
| SC | FLORIANOPOLIS | 353 |
| | GAROPABA | 3 |
| | PALHOCA | 7 |
| | SAO JOSE | 63 |
| SE | ARACAJU | 29 |
| SP | ATIBAIA | 1 |
| | BARUERI | 4 |



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

| | | |
|--|-----------------------|-----|
| | BRAGANCA PAULISTA | 1 |
| | CACAPAVA | 4 |
| | CAIEIRAS | 5 |
| | CAMPINAS | 3 |
| | CARAPICUIBA | 7 |
| | GUARULHOS | 21 |
| | ITATIBA | 3 |
| | JUNDIAI | 4 |
| | LIMEIRA | 1 |
| | MAUA | 4 |
| | MOGI DAS CRUZES | 5 |
| | OSASCO | 11 |
| | PARAGUACU PAULISTA | 1 |
| | POA | 12 |
| | PRAIA GRANDE | 4 |
| | SANTO ANDRE | 11 |
| | SANTOS | 1 |
| | SAO BERNARDO DO CAMPO | 8 |
| | SAO CAETANO DO SUL | 3 |
| | SAO CARLOS | 1 |
| | SAO JOAO DA BOA VISTA | 3 |
| | SAO JOSE DOS CAMPOS | 3 |
| | SAO PAULO | 386 |
| | SOROCABA | 10 |



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

| | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| | SUZANO | 3 |
| | TABOAO DA SERRA | 3 |
| | TATUI | 6 |
| | VARZEA PAULISTA | 1 |
| | VINHEDO | 2 |
| TO | PALMAS | 13 |
| Total geral | | 7.067 |



Termo de Referência
Credenciamento de Administradora de Benefícios – Plano de Saúde

ANEXO V – PLANILHA DE PREÇOS POR FAIXA ETÁRIA

| TIPO DE PLANO (INSERIR O PLANO) | |
|--|------------------------------|
| FAIXA ETÁRIA | VALOR UNITÁRIO MENSAL |
| 0 a 18 anos | |
| 19 a 23 anos | |
| 24 a 28 anos | |
| 29 a 33 anos | |
| 34 a 38 anos | |
| 39 a 43 anos | |
| 44 a 48 anos | |
| 49 a 53 anos | |
| 54 a 58 anos | |
| 59 ou mais | |
| TOTAL | |

PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS EM AMARELO