



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA CULTURA
INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS – IBRAM
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2012

O Instituto Brasileiro de Museus - IBRAM, inscrito no CNPJ nº 10.898.596/0001-42, localizado no Setor Bancário Norte, Quadra 02, Bloco N, Edifício CNC III, Brasília, DF, por intermédio da Comissão Especial constituída pela Portaria nº 298, de 16 de agosto de 2012, publicada no DOU de 23 de agosto de 2012, torna público as inscrições para credenciamento de Administradoras de Benefícios para a celebração de TERMO DE ACORDO, com o objetivo de disponibilizar o oferecimento de planos de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 01 (uma) operadora registrada na ANS, aos servidores ativos e inativos do Instituto Brasileiro de Museus, aos seus servidores ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, servidores requisitados para o Instituto Brasileiro de Museus, seus dependentes e pensionistas, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666 de 1993, nas Resoluções Normativas nº 195 e 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, bem como da Portaria Normativa nº 05, de 11 de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de acordo com as regras estabelecidas neste Edital e seus anexos e no processo de nº 01415.006326/2012-83.

1. DO OBJETO

Item 1 - Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência médica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Planos de Saúde, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, 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 servidores do Instituto Brasileiro de Museus - IBRAM ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura nacional ou regional dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia e de suas unidades museológicas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

Item 2 - Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Planos Odontológicos, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores do IBRAM ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura nacional ou regional dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia e de suas unidades museológicas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

2. DA ENTREGA E ABERTURA DOS ENVELOPES

2.1. No dia, hora e local abaixo indicado, será realizada a abertura dos envelopes.



DATA: 18/12/2012

HORA: 10h.

LOCAL: Setor Bancário Norte Quadra 02 Bloco N Edifício CNC III, 11º andar -Brasília-DF.

2.2. A entrega dos envelopes poderá ocorrer a partir da data de publicação do edital, até a data da abertura dos envelopes.

2.3. Não havendo expediente na data marcada, ficará adiada a reunião para o primeiro dia útil subsequente, mantido o mesmo horário e local, salvo disposições em contrário.

3. PLANOS A SEREM OFERTADOS

3.1. Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Projeto Básico Anexo I, para que o servidor possa fazer jus ao auxílio de caráter indenizatório, no valor per capita fixado pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - SRH/MP, devendo o servidor complementar o custeio desses planos.

3.2. Os planos oferecidos aos beneficiários do Instituto Brasileiro de Museus deverão ser planos tipos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no subitem 1.1.2 do Projeto Básico anexo à Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010 da SRH/MPOG.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios que:

4.1.1 Atendam às condições deste Edital e apresentem os documentos nele exigidos, em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, à vista dos originais;

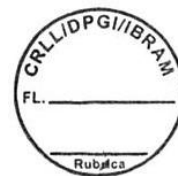
4.1.1.1. No caso das autenticações serem realizadas por Servidor Público, conforme previsto no subitem anterior, deverão ocorrer impreterivelmente, até 24 horas antes da abertura do Credenciamento;

4.1.2 Que esteja regulamente cadastradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores SICAF, nos termos da Instrução Normativa nº 05, de 21 de julho de 1995, do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE, e as pessoas jurídicas não cadastradas, nos termos do Decreto nº 4.485/2002;

4.1.1.2. As Administradoras não cadastradas no SICAF, e que tiverem interesse em participar desta Licitação, deverão providenciar o seu cadastramento e sua habilitação junto a qualquer Unidade Cadastradora dos Órgãos da Administração Pública, até o terceiro dia útil anterior a data do recebimento das propostas (Parágrafo Único, art. 3º do Decreto nº 3.722/2001, com redação alterada pelo Decreto nº 4.485, de 25.11.2002);

4.1.1.3. As Administradoras não cadastradas no SICAF poderão apresentar cópia do Certificado de Registro Cadastral - CRC, emitido por qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, dentro de seu prazo de vigência;

4.1.3 Que não tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal.



4.1.4 Que não possua suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

4.1.5 Que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS, comprovando mediante registro na sobredita Autarquia.

5. HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE PREÇOS DE PLANO DE SAÚDE

5.1. Para Habilitação Jurídica a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos;

5.1.1. Registro comercial, no caso de Pessoa Jurídica individual;

5.1.2. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores, acompanhado de todas as alterações ou da consolidação, se for o caso;

5.1.3. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício.

5.2. Para Habilitação Fiscal a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:

5.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ;

5.2.2. Prova de inscrição no cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver, relativa ao domicílio ou sede da Pessoa Jurídica pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o serviço;

5.2.3. Estar cadastrada e parcialmente habilitada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, nos termos do Decreto nº 3.722/2001, alterado pelo Decreto nº 4.485 de 25.11.2002, cuja confirmação da regularidade se dará mediante consulta via "on line" no referido Sistema, no ato da abertura do certame, devendo, ainda, apresentar os seguintes documentos:

5.2.3.1. Confirmação da regularidade da habilitação da licitante no SICAF, mediante consulta via "on line" no ato da abertura do certame;

5.2.3.2. Caso a Pessoa Jurídica esteja com documento vencido no SICAF, poderá comprovar sua regularidade mediante a apresentação do original ou de cópia autenticada do documento em vigor, na forma constante dos art. 27 a 29 e 31 da Lei nº 8.666/93, os quais deverão fazer parte do envelope contendo a documentação relativa à habilitação da referida Pessoa Jurídica;

5.2.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa

5.3. Para Habilitação Econômico-Financeira a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes documentos:



5.3.1. Comprovação de boa situação financeira da Administradora de Benefícios, aferida com base nos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC) maiores que um (>1), analisada automaticamente pelo SICAF;

a) Liquidez Geral = (ativo circulante + realizável a longo prazo) / (passivo circulante + exigível a longo prazo)

b) Solvência Geral = ativo total / (passivo circulante + exigível a longo prazo)

c) Liquidez Corrente = ativo circulante / passivo circulante

5.3.2. As Pessoas Jurídicas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices referidos no subitem 5.3.1 retro, deverão apresentar Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da Administradora, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados, quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta, tomando como base a variação ocorrida no período do ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DISPONIBILIDADE INTERNA - IGP-DI, publicado pela Fundação Getúlio Vargas - FGV, ou de outro indicador que o venha a substituir;

5.3.3. Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica ou de execução patrimonial expedida no domicílio da pessoa física.

5.4. Para Habilitação Técnica e Proposta de Preços dos Planos ofertados pela Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes documentos:

5.4.1. Prova de Registro na ANS da Administradora de Benefícios e da(s) operadora(s) a ela vinculada(s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

5.4.2. Prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica nacional; da área de abrangência do IBRAM, bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos do art. 5º da RN 211/2010 ANS, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

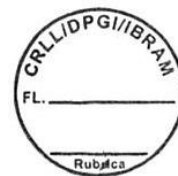
5.4.3. Atestado de capacidade técnica, emitido por entidades públicas ou privada comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS;

5.4.4. Certidão expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos (depósitos) garantidores, relativa ao 1º trimestre de 2012, exigível na forma da lei, conforme da Resolução Normativa ANS nº 203, de 01/10/2009.

5.4.5. Declaração da Pessoa Jurídica Administradora de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;

5.4.6. Declaração de inexistência de fato impeditivo de sua habilitação, assinada por sócio dirigente, proprietário ou procurador da Administradora, devidamente identificado, nos termos do modelo constante do Anexo III;

5.4.7. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;



5.4.8. Declaração de, no mínimo, 5 (cinco) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo serem apresentadas, obrigatoriamente, declarações do Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal;

5.4.9. Termo de Contrato, Acordo ou Ajuste de Conduta celebrado com o mínimo de 01 (uma) operadora – de Plano de Saúde e a Administradora de Benefícios, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o Instituto Brasileiro de Museus;

5.4.10. Termo de Contrato, Acordo ou Ajuste de Conduta celebrado com o mínimo de 01 (uma) de Plano Odontológico e a Administradora de Benefícios, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o Instituto Brasileiro de Museus;

5.4.11. Proposta de preços dos Planos de Saúde e Odontológico para cada operadora indicada pela Administradora de Benefícios para os respectivos planos a serem ofertados na forma constantes do Anexo I deste Edital, devendo ser formuladas as propostas por modalidade de produto(s) ofertado(s) pela(s) operadora(s) de planos de saúde e em 10 (dez) faixas etárias, conforme art. 2º da Resolução Nº 63/2003 da ANS, quando se tratar de plano de saúde e em preço per capita quando se tratar de plano odontológico.

5.4.12. Deverá ser apresentada proposta de preços para cada modalidade de plano (saúde ou odontológico) que for apresentado.

5.4.13. Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência do Instituto Brasileiro de Museus, a qual está vinculado o titular do benefício, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;

6. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

6.1. As Pessoas Jurídicas interessadas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos no Projeto Básico – Anexo I deste Edital devem, obrigatoriamente, apresentar, no local e prazo constante do subitem 2.1 deste Edital, a documentação descrita nos itens 4 e 5 deste Edital juntamente com proposta de credenciamento em papel timbrado da Pessoa Jurídica com documentos sequencialmente enumerados em suas respectivas folhas.

6.1.1. Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, a vista dos originais, no prazo estipulado no subitem 4.1.1.1 deste Edital.

6.1.2. Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope contendo as seguintes informações:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS
INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS
COORDENAÇÃO DE RECURSOS LOGÍSTICOS E LICITAÇÕES
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2012



RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:

- 6.2.** Não serão aceitos credenciamentos extemporâneo ou condicional;
- 6.3.** As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento;
- 6.4.** A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento junto ao Instituto Brasileiro de Museus, aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de qualquer outro tipo de documento.

7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

- 7.1.** Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar edital de licitação por irregularidade na aplicação da Lei, devendo protocolar o pedido até 5 (cinco) dias úteis antes da data fixada para a abertura dos envelopes de habilitação nos termos do art. 41 e seus parágrafos da Lei 8.666/93.
- 7.2.** Caberá a Comissão Especial de Credenciamento decidir sobre a petição no prazo de 03 (três) dias úteis, a contar da data de protocolização do requerimento, respeitando a ampla defesa e o contraditório.
- 7.3.** Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação desse procedimento.

8. ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

- 8.1.** A análise e julgamento serão processados em conformidade com as condições estipulados neste Edital e seus anexos;
- 8.2.** Serão declarados inabilitados os interessados que:
- 8.2.1.** Por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o expediu;
 - 8.2.2.** Deixar de apresentar qualquer documentação exigida no item 4 e 5 deste Edital e seus anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido.

9. DA DIVULGAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

- 9.1.** Serão declarados HABILITADOS para o credenciamento todos os requerentes que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial da União;
- 9.2.** Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das Pessoas Jurídicas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à HOMOLOGAÇÃO pelo Ordenador de Despesa do Instituto Brasileiro de Museus.

10. DOS RECURSOS

- 10.1.** Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados do primeiro



dia subsequente à data da divulgação prevista no item 8.1, ficando, nesse período, autorizado vistas ao seu processo junto à Comissão Especial de Credenciamento, situada no SBN Qd. 02 Bloco N Edifício CNC III 10º andar, em Brasília/DF;

10.1.1. 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;

10.1.2. O recurso será protocolado junto à Comissão Especial de Credenciamento, ficando estabelecido o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior, que terá até 05 (cinco) dias úteis para análise e decisão;

10.1.3. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos;

11. . DO CHAMAMENTO DOS CREDENCIADOS HABILITADOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

11.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios aptas, com vigência de 12 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do Anexo V, a qual será adaptada à proposta da Pessoa Jurídica credenciada;

11.2. O Instituto Brasileiro de Museus convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, para assinar o do Termo de Acordo, no prazo de 3 (três) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração, sob pena de decair do direito ao credenciamento;

11.2.1. O prazo estabelecido no subitem 11.2 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo Instituto Brasileiro de Museus.

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

12.1. Inexistem a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Instituto Brasileiro de Museus, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

12.1.1. O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário;

13. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

13.1. O Instituto Brasileiro de Museus realizará o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Projeto Básico -Anexo I, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

13.2. O acompanhamento e a fiscalização da execução dos serviços prestados pela Administradora de Benefícios consistem na verificação da conformidade da prestação destes serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do acordo, devendo ser exercidos por um representante do IBRAM, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

14. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDECIMENTO

14.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

14.1.1. advertência por escrito;

14.1.2. multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco 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;

14.1.3. 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;

14.1.4. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de um ano, justificada pela Divisão de Benefícios do IBRAM;

14.1.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;

14.2. As sanções previstas nos subitens 14.1.1, 14.1.2 e 14.1.3 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 14.1.4.e 14.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

14.3. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação à Instituto Brasileiro de Museus apuradas em processo administrativo.

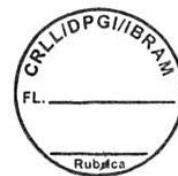
15. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

15.1. O presente Edital de Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação.

16. . DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

16.2. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.



16.3. A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

16.4. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial da União.

16.5. Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Comissão Especial de Credenciamento, localizada no SBN Qd. 02, Bloco N, Edifício CNC III, 11º andar fone (61) 3521.4273, ou pelo endereço eletrônico licitacao@museus.gov.br

16.6. Integram o presente Edital, dele fazendo parte integrante, os Anexos I, II, III, IV e V.

16.7. É facultada à Comissão Especial de Credenciamento - CEC ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

16.8. É vedada a participação de Administradora de Benefícios e Operadora de Plano de Assistência à Saúde pertencentes ao mesmo grupo econômico em mesma relação contratual.

Brasília-DF, 17 de dezembro de 2012.

DIEGO FERNANDES DO NASCIMENTO
Presidente da Comissão Especial de Credenciamento



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA CULTURA
INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS – IBRAM
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA**

ANEXO I

PROJETO BÁSICO

1. DO OBJETO

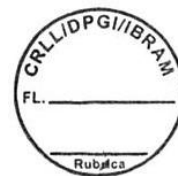
Item 1 - Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência médica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Planos de Saúde, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, 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 servidores do Instituto Brasileiro de Museus - IBRAM ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura nacional ou regional dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia e de suas unidades museológicas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

Item 2 - Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Plano Odontológico, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores do IBRAM ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura nacional ou regional dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia e de suas unidades museológicas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

1.1. DA QUALIFICAÇÃO

1.1.1. Credenciar Administradora de Benefícios para atuação no âmbito deste IBRAM, na condição de estipulante dos contratos firmados com operadoras de plano de saúde, a prestar assistência à saúde aos beneficiários vinculados ao IBRAM, mediante plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas neste instrumento.

1.1.2. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do Sistema de Pessoal Civil caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.



1.1.3. Entende-se por:

1.1.3.1 Beneficiário: Na condição de titular do plano, o servidor ativo e inativo ou pensionista, e na condição de dependentes, os dependentes legais dos servidores ativos e inativos.

1.1.3.2 Agregado: Aquele que, na condição de beneficiário dependente, possuir até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou até o segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que este assumam integralmente seu respectivo custeio.

1.1.3.3 Mensalidade: Valor a ser estabelecido para desconto em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, indicada no ato da adesão do beneficiário, referente à custeio do plano contratado pelo beneficiário titular.

1.1.3.4 Auxílio indenizatório: É o valor que será consignado no contracheque do titular do benefício, conforme tabela per capita estabelecida na Portaria Conjunta SRH-SOF/MPOG nº 01/2009, e será pago sempre no mês subsequente à apresentação de comprovante de pagamento do Plano de Saúde.

1.1.3.5 Operadora de plano de saúde: Pessoa Jurídica 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 Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura nacional ou regional dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia, para atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e Resolução Normativa nº 211, de 11/01/2010 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/prestadores.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. Proporcionar aos servidores deste Instituto Brasileiro de Museus, seus dependentes e pensionistas, condições para manutenção da saúde física, mental e odontológica.

2.2. Em 12/10/2010, foi publicada a Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SRH/MP) - Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências.

2.3. A partir das possibilidades trazidas pela citada Portaria, a contratação de operadora de planos de saúde e odontológico apresenta-se como opção vantajosa ao servidor, pois permite a contratação por preços menores, decorrente da maior quantidade de beneficiários, e possibilita melhor gestão por parte do IBRAM quanto à assistência à saúde.

2.4. Dessa forma, com este o Acordo de Parceria firmado entre o IBRAM e uma Administradora de Benefícios pretende-se garantir a prestação de serviços de assistência à saúde e odontológica dos servidores ativos e inativos do IBRAM, seus dependentes e pensionistas, aplicando-se a modalidade de auxílio em caráter indenizatório por meio de ressarcimento, prevista na Portaria Normativa SRH/MPOG nº 05/2010.

3. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

3.1. O Termo de Acordo terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, com vantagens para a administração, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme o disposto no inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

3.2. Os critérios de reajuste anual para os serviços em contratação obedecerão a legislação em vigor, podendo estar adstrito a variação dos custos médicos e hospitalares e outras despesas operacionais da operadora, bem como à taxa de sinistralidade, se o percentual apurador for superior a 70% (setenta por cento), visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro deste Termo de Acordo.

3.2.1. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o IBRAM, por intermédio da Coordenação de Gestão de Pessoas.

4. DETALHAMENTO DO OBJETO

O credenciamento de Administradora de Benefícios proposto deverá atender aos requisitos abaixo descritos, a serem observados tanto pela Administradora de Benefícios Credenciada, como pelas Operadoras de Plano de Saúde contratadas por esta Administradora de Benefícios:

4.1. DOS BENEFICIÁRIOS:

4.1.1. Como titulares, sem limite de idade:

- 4.1.1.1.** Servidores ativos permanentes do IBRAM, inclusive os cedidos para outros órgãos;
- 4.1.1.2.** Servidores sem vínculo, ocupantes de cargos em comissão;
- 4.1.1.3.** Servidores requisitados de outros órgãos em efetivo exercício no IBRAM;
- 4.1.1.4.** Servidores em exercício descentralizado de carreira;
- 4.1.1.5.** Servidores inativos do IBRAM;
- 4.1.1.6.** Beneficiários de pensão civil.

4.1.2. Como dependentes legais:

- 4.1.2.1.** O cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável;
- 4.1.2.2.** O companheiro ou a companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- 4.1.2.3.** A pessoa separada legalmente judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida legalmente judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- 4.1.2.4.** Os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

4.1.2.5. Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

4.1.2.6. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos subitens 4.1.2.4 e 4.1.2.5.

4.1.3. Pensionistas decorrentes de pensões civis do IBRAM.

4.1.4. A existência do dependente constante nos subitens 4.1.2.1 e 4.1.2.2 desobriga a assistência à saúde do dependente constante no subitem 4.1.2.3.

4.1.5. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem em seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado pelo IBRAM desde que o valor integral do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele contratados.

4.1.6. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

4.1.7. A operadora poderá admitir a inscrição de novos agregados no plano de assistência à saúde e odontológico, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o titular, desde que este assumam integralmente o respectivo custeio dos valores do plano contratado.

4.1.8. A operadora deverá admitir a inscrição daqueles agregados já inclusos no plano de assistência à saúde vigente neste IBRAM, desde que o servidor assumam integralmente o respectivo custeio dos valores do plano contratado.

4.2. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

4.2.1. A inclusão e a exclusão do servidor e de seus dependentes, e dos pensionistas, serão facultativas e far-se-á a pedido do servidor ou pensionista, mediante manifestação expressa junto à Administradora de Benefícios credenciada.

4.2.2. Os servidores que já estiverem em exercício no IBRAM, na data da celebração do Acordo, disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data de início do Acordo, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, ficando isentos de carência, para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 4.5.4.

4.2.3. Os servidores que ingressarem no IBRAM após a data a que se refere o subitem 4.2.2, disporão do prazo de 60 (sessenta) dias ininterruptos, 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 subitem 4.5.4.

4.2.4. Os pensionistas que adquirirem essa condição após a data a que se refere o subitem 4.2.2 disporão do prazo de até 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data da habilitação, para solicitarem a sua inclusão, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 4.5.4.

4.2.5. Os servidores ativos, incluídos no plano de assistência médico-hospitalar, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também dos seus dependentes.

4.2.6. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão do servidor (por casamento, nascimento, adoção, guarda ou reconhecimento de paternidade) terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, após o fato gerador, para serem incluídos no plano de assistência médico-hospitalar, sob pena do cumprimento das carências previstas no subitem 4.5.4.

4.2.7. É assegurada a inclusão:

4.2.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento;

4.2.7.2. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.

4.2.8. Fica sujeita às carências previstas no subitem 4.5.4 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo servidor, ou por perda da condição de dependente, salvo quando solicitada a inclusão, pelo servidor, até 30 (trinta) dias após a perda da condição de dependente.

4.2.9. Durante o prazo estabelecido no subitem 4.2.2 a inclusão dos beneficiários deverá ocorrer conforme o cronograma abaixo:

Período de Inscrição	Vigência da Cobertura Assistencial
1º ao 20º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente
21º ao 30º dias	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente

4.2.10. Após o prazo estabelecido no subitem 4.2.2 as inscrições deverão ser encaminhadas pela Administradora de Benefícios Credenciada até o 5º dia útil de cada mês, após o processamento da efetiva inclusão no plano contratado pelo beneficiário.

4.3. DA EXCLUSÃO

4.3.1. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do beneficiário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios Credenciada.

4.3.2. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

4.3.3. A exclusão do titular e demais beneficiários a ele vinculados, bem como dos pensionistas 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, a partir do primeiro dia do mês subsequente à comunicação à credenciada, da publicação do ato oficial que estabelecer a sua nova condição, quando couber, nas seguintes hipóteses:

4.3.3.1. exoneração ou demissão;

4.3.3.2. redistribuição

4.3.3.3. cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

4.3.3.4. cancelamento voluntário da inscrição, solicitado pelo titular;

4.3.3.5. falecimento;

4.3.3.6. deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no art. 30 da Lei 9.656/98;

4.3.3.7. quando deixar de atender às condições de dependência estabelecidas nos itens 4.1.2 ou de agregado estabelecida no 4.1.7;

4.3.3.8. fraude ou inadiplência.

4.3.4. É da responsabilidade do servidor solicitar, formalmente, à Coordenação de Gestão de Pessoas, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

4.3.5. A solicitação de exclusão de beneficiários no plano de assistência a saúde deverá atender o cronograma abaixo para fins de suspensão da cobertura assistencial:

Período de exclusão	Suspensão da Cobertura Assistencial
1º ao 20º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

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

4.3.7. O servidor excluído será responsável pela devolução imediata de sua identificação, bem como da de seus dependentes, à Administradora de Benefícios Credenciada.

4.3.8. O não cumprimento das exigências estabelecidas no subitem 4.3.7 submeterá o servidor ao pagamento do valor integral cobrado pela Administradora de Benefícios Credenciada, no plano aderido.

4.3.9. É facultado aos exonerados a pedido ou ex-offício, ou demitidos, nos termos do art. 30 da Lei 9.656/1998 e da Resolução Cònsul de nº. 20/1993, manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

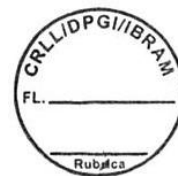
4.3.10. A situação exposta no subitem 4.3.9 é extensiva a todos os dependentes inscritos quando da vigência do vínculo funcional.

4.3.11. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo 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 custeio das despesas.

4.3.12. As hipóteses abaixo discriminadas constituem exclusões, as quais terão o pagamento da mensalidade efetuado até a data da comunicação do evento pelo servidor:

4.3.12.1. separação judicial ou divórcio;

4.3.12.2. cancelamento de união estável;



4.3.13. Caberá ao servidor entregar à Administradora de Benefícios Credenciada os documentos necessários para a exclusão de que trata o subitem 4.3.12, até o prazo máximo de 15 (quinze) dias do mês subsequente ao da ocorrência do evento.

4.3.14. A não observância do item anterior desobriga a Credenciada de efetuar a exclusão retroativa, devendo o servidor arcar com os valores devidos.

4.3.15. 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.

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

4.4. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

4.4.1. Os beneficiários (titulares, dependentes) receberão gratuitamente 1ª via da carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela Administradora de Benefícios Credenciada que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos.

4.4.2. Em caso de extravio da carteira de identificação, exceto por roubo, furto, incêndio ou enchente, devidamente comprovados, o custo da emissão de nova carteira, quando houver, será assumido integralmente pelo beneficiário junto à credenciada.

4.4.3. Em caso de extravio da carteira de identificação, o beneficiário se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados, após a comunicação formal do evento à Administradora de Benefícios Credenciada.

4.4.4. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado e após a vigência de sua exclusão serão única e exclusivamente do beneficiário, o qual ressarcirá à credenciada por meio do IBRAM.

4.4.5. O número estimado de beneficiários segue detalhado abaixo:

Faixa etária	Qtde de Vidas	Quantidade por Sexo	
		M	F
0 - 18	216	121	95
19 - 23	117	55	62
24 - 28	123	51	72
29 - 33	82	39	43
34 - 38	55	19	36
39 - 43	64	22	42
44 - 48	130	67	63
49 - 53	173	90	83
54 - 58	114	53	61

59 OU +	90	48	42
TOTAL	1164	565	599

4.4.5.1. Considera-se uma adesão de 80% (oitenta por cento) do quadro total estimado de beneficiários de acordo com a análise histórica de adesão nas contratações de plano de saúde anteriores e ressalta-se que a modalidade do plano é por adesão voluntária. Para efeito de modelo de proposta de preços deverá ser considerado o quantitativo estimado na Adesão Prevista.

4.4.5.2. Para o cálculo do quantitativo de beneficiários considerou-se o quadro de servidores do IBRAM beneficiários de assistência à saúde suplementar, distribuído, por sexo e faixa etária, acrescido de seus dependentes e agregados.

4.4.6. A distribuição geográfica dos beneficiários titulares segue abaixo:

Estado	Capital/Município
DF	BRASILIA
ES	SANTA TERESA
ES	VITÓRIA
GO	CIDADE DE GOIÁS
MA	ALCÂNTARA
MG	BELO HORIZONTE
MG	CAETÉ
MG	SERRO
MG	SÃO JOÃO DEL REI
MG	DIAMANTINA
MG	OURO PRETO
MG	SABARÁ
PE	RECIFE
RJ	RIO DE JANEIRO
RJ	CABO FRIO
RJ	PARATY
RJ	VASSOURAS
RJ	PETRÓPOLIS

RS	SÃO MIGUEL DAS MISSÕES
SC	FLORIANÓPOLIS
SP	SÃO PAULO

4.5. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS

4.5.1. Modalidades dos serviços:

4.5.1.1. Plano básico para beneficiários titular e dependentes: A Administradora de Benefícios deverá disponibilizar através de Operadoras de Planos de Saúde planos de assistência médica, objetivando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, 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, com cobertura nacional e com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

4.5.1.2. Plano especial: Administradora de Benefícios e 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.

4.5.1.3. A Operadora poderá apresentar planos com cobertura superior à dos planos especificados nos subitens anteriores, tanto em rede credenciada como em procedimento de reembolso.

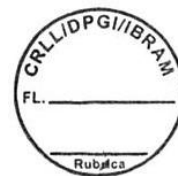
A Operadora poderá apresentar planos com cobertura regional dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia e de suas unidades museológicas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

4.5.2. 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.

4.5.3. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios:

4.5.3.1. Usuários inscritos dentro dos prazos estabelecidos na forma descrita nos subitens 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.6, 4.2.7 e 4.2.8;

4.5.3.2. Situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após vigência do contrato firmado pelo beneficiário titular junto a Administradora de Benefícios;



4.5.4. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos nos subitens 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.6, 4.2.7 e 4.2.8, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, específicas para os serviços:

- 4.5.4.1.** 24 horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
- 4.5.4.2.** 30 (trinta) dias para consultas ambulatoriais e exames clínicos e patológicos;
- 4.5.4.3.** 60 (sessenta) dias para demais exames e tratamentos;
- 4.5.4.4.** 90 (noventa) dias para internações hospitalares;
- 4.5.4.5.** 300 (trezentos) dias para parto a termo.

4.5.5. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência o servidor em licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, quando solicitar sua inscrição, e as dos seus dependentes, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do seu retorno.

4.5.6. As transferências entre planos deverão seguir as seguintes condições:

4.5.6.1. A Administradora de Benefícios admitirá a transferência de beneficiário de um plano de custo menor para outro de custo maior e de um custo maior para outro de custo menor, desde que o referido beneficiário se responsabilize pelo pagamento da diferença existente entre um plano e o outro e que ocorra na data do aniversário do contrato.

4.5.6.2. O beneficiário inscrito em um plano de custo maior ou para ele transferido fica obrigado a permanecer nesse plano por um ano a contar da data da sua inscrição ou transferência.

4.5.6.3. A transferência de plano da mesma operadora deverá observar os seguintes critérios:

4.5.6.3.1. Para o plano superior (quarto privativo) fica garantida a cobertura do plano inferior até o cumprimento da carência do item 4.5.3;

4.5.6.3.2. Para o plano inferior (quarto coletivo) 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.

4.5.6.4. As operadoras de plano de saúde credenciada pela Administradora de Benefício deverão declarar que anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou troca de planos, dentre aquelas vinculadas à Administradora que firmar o Termo de Acordo com o Instituto Brasileiro de Museus – IBRAM, desde que atendam aos seguintes requisitos:

- a) não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00;
- b) que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida;

c) que inexistia situação de gravidez e/ou doenças e lesões pré-existentes.

4.5.7. Modalidades dos serviços odontológicos:

4.5.7.1. Plano Básico para Titulares e Dependentes: a operadora deverá apresentar proposta para cobertura, em todo o território nacional, dos serviços especificados neste Projeto Básico de urgência/emergência para os titulares e dependentes.

4.5.7.2. A operadora poderá apresentar planos com cobertura superior à dos planos especificados nos subitens anteriores.

4.5.8. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios:

4.5.8.1. Usuários inscritos dentro dos prazos estabelecidos na forma descrita nos subitens 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.6, 4.2.7 e 4.2.8;

4.5.8.2. Situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do beneficiário à Pessoa Jurídica contratada;

4.5.8.3. Consultas odontológicas.

4.5.9. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos nos subitens 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.6, 4.2.7 e 4.2.8, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, específicas para os serviços:

4.5.9.1. 24 (vinte e quatro) horas – atendimento de emergência;

4.5.9.2. 60 (sessenta) dias para assistência preventiva;

4.5.9.3. 90 (noventa) dias para dentística restauradora e odontopediatria;

4.5.9.4. 120 (cento e vinte) dias para cirurgia oral menor;

4.5.9.5. 180 (cento e oitenta) dias - Endodontia e Periodontia

4.5.10. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência o servidor em licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, quando solicitar sua inscrição, e as dos seus dependentes, no prazo de 30 dias contados da data do seu retorno.

4.6. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.6.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente e futuras alterações.

4.6.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços, sem prejuízo do disposto no item 4.6.1:

4.6.2.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

4.6.2.2. apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

4.6.2.3. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar;

4.6.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como emergência, urgência, e de planejamento familiar, e inclui, sem prejuízo do disposto no item 4.6.1:

4.6.3.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

4.6.3.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

4.6.3.3. diária de internação hospitalar;

4.6.3.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

4.6.3.5. exames complementares indispensáveis para controle da 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;

4.6.3.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

4.6.3.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

4.6.3.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

4.6.3.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

4.6.3.10. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

4.6.3.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

4.6.3.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

4.6.3.13. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

4.6.3.14. cobertura de transplantes de córnea e rim 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, exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

4.6.3.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

4.6.3.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

4.6.3.17. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

4.6.4. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS NOS PLANOS ODONTOLÓGICOS

4.6.4.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211, de 11/01/2010, da ANS para a segmentação odontológica.

4.6.4.2. 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.

4.6.4.3. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211, de 11/01/2010, para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

4.7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.7.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº. 9.656/1998 e nas resoluções do CONSU, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei, sendo excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

4.7.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

4.7.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

4.7.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

4.7.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

- 4.7.1.5. inseminação artificial;
- 4.7.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 4.7.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 4.7.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 4.7.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 4.7.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 4.7.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 4.7.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 4.7.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 4.7.1.14. aplicação de vacinas preventivas;
- 4.7.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 4.7.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 4.7.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.7.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 4.7.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.8. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

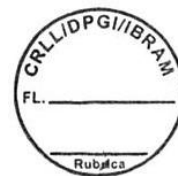
4.8.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

4.8.2. 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.

4.8.3. 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:

4.8.3.1. 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;

4.8.3.2. Caberá a 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.



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

4.8.5. O ônus decorrente de falta à consulta odontológica será de responsabilidade exclusiva do usuário.

4.8.6. São considerados procedimentos de emergência:

- a) Sedação da dor;
- b) Curativo pós-operatórios;
- c) Hemorragia;
- d) Sutura;
- e) Pulpotomia;
- f) Pulpectomia;
- g) Drenagem de abscesso via intra-oral ou extra-oral;
- h) Alveolite;
- i) Recolocação de prótese;
- j) Exodontia simple.

REEMBOLSO DE DESPESAS

4.8.7. 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:

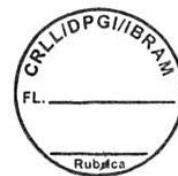
4.8.7.1. o serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

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

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

4.8.9. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do contrato realizado, 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:

4.8.9.1. 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 fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

4.8.9.2. recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

4.8.9.4. laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

4.8.10. Para fins de reembolso, o servidor ativo ou inativo e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento de seu contrato, sob pena de perder o direito ao reembolso.

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

4.9. REMOÇÃO

4.9.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

4.9.2. 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:

4.9.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora desse ônus;

4.9.2.2. a operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

4.10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

4.10.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos e odontólogos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora e, de acordo com o plano subscrito por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.



4.10.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será realizado pelo beneficiário diretamente à Administradora de Benefícios Credenciada.

4.10.3. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

4.10.4. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

4.10.5. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

4.10.6. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

4.10.6.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

4.10.7. A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

4.10.7.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

a) Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de algum beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

4.10.7.2. . No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS e comunicação ao beneficiário IBRAM contratante, no prazo mínimo de 30 dias de antecedência, o descredenciamento de qualquer profissional ou estabelecimento, salvo nos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

4.10.8. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, este deverá arcar com a diferença de preço.

4.10.9. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

4.10.10. A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

4.11. REDE CREDENCIADA

4.11.1. As operadoras disponibilizadas pelas Administradoras deverão oferecer rede credenciada de Assistência Odontológica e Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos).

4.11.2. As operadoras deverão ter credenciados nas cidades onde se localiza as unidades museológicas do IBRAM. E ainda deve constar no mínimo 03 (três) hospitais gerais de natureza multidisciplinar próprios ou credenciados/referenciados nas capitais dos Estados de Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e no Distrito Federal, e pelo menos 01 (um) nas capitais dos demais Estados, os quais deverão apresentar, pelo menos, a seguinte infra-estrutura:

- a) pronto socorro;
- b) UTI;
- c) internações em enfermaria e/ou apartamentos individuais;
- d) procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias.

4.11.3. As operadoras deverão ter rede credenciada nas cidades/municípios de Alcantara/MA, Cabo Frio/RJ, Belo Horizonte/MG, Diamantina/MG, Serro/MG, Sabará/MG, Ouro Preto/MG, São João Del Rei/MG, Caeté/MG, Florianópolis/SC, Rio de Janeiro/RJ, Paraty/RJ, Petrópolis/RJ, São Paulo/SP, Cidade de Goiás/GO, Vassouras/RJ, Vitória/ES, Recife/PE, Santa Teresa/ES, São Miguel das Missões/RS, com vistas à completa prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterapia, psicológica, farmacêutica e internação, conforme descrição do item 4.11.1.

4.12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

4.12.2. 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.

4.12.3. A Administradora de Benefícios Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do contrato, da facilidade de um serviço de discagem direta gratuita (DDG)



disponível 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários, bem como sites eletrônico.

4.12.4. As exclusões de usuários do plano de assistência médico-hospitalar serão, tempestivamente, comunicadas pela Administradora de Benefícios Credenciada à Coordenação de Gestão de Pessoas. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios Credenciada.

4.12.5. A Administradora de Benefícios Credenciada realizará os descontos dos valores dos planos dos beneficiários por autorização de débito em conta corrente ou consignação em folha de pagamento via sistema Siape (de acordo com convênio com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão) e responsabilizar-se-á pela cobrança de valores que não foram descontados por motivo de falta de margem consignável.

4.12.6. Trimestralmente, a Administradora de Benefícios Credenciada deverá apresentar relatórios gerenciais com informações dos principais tipos de uso, evolução da sinistralidade, inclusões, mudanças e exclusões do plano.

4.12.7. Os casos omissos serão dirimidos pela Coordenação de Gestão de Pessoas, em conjunto com a Administradora de Benefícios Credenciada.

4.13. REFERÊNCIA NORMATIVA

4.13.1. A contratação dos serviços de assistência médico-hospitalar será regida por:

- 4.13.1.1.** Constituição Federal, de 05/10/1988;
- 4.13.1.2.** Lei nº 8.666, de 21/06/1993, e alterações posteriores;
- 4.13.1.3.** Lei nº 9.656, de 03/06/1998, e alterações posteriores;
- 4.13.1.4.** Lei nº 6.839, de 30/10/1980;
- 4.13.1.5.** Lei nº 8.112, de 11/12/1990, e alterações posteriores;
- 4.13.1.6.** Lei nº 8.078, de 11/09/1990, e alterações posteriores;
- 4.13.1.7.** Decreto nº 4.978/2004;
- 4.13.1.8.** Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde; e legislação complementar;
- 4.13.1.9.** Resolução Normativa - RN ANS nº 211, de 11 DE JANEIRO DE 2010;
- 4.13.1.10.** Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11/10/2010.
- 4.13.1.11.** Portaria Conjunta SRH/SOF nº 1, 29/12/2009.

5. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

5.1. Os serviços deverão abranger, no mínimo, os itens descritos na seção IV deste termo, onde consta o detalhamento do objeto.

5.2. Constituem-se obrigações da Administradora de Benefícios:

5.2.1. Prestar atendimento nas instalações do IBRAM para coleta das propostas de adesão aos planos, dos prováveis usuários, durante 60 (sessenta) dias, após a assinatura do contrato. Durante esse período, semanalmente, a Administradora de Benefícios Credenciada



deverá fornecer relatórios com informações das inclusões processadas à Divisão de Benefícios/Coordenação de Gestão de Pessoas.

5.2.2. Manter um posto de atendimento nas instalações na sede do IBRAM no período de 8:00h às 12:00h ou de 14:00h às 18:00h, de segunda-feira a sexta-feira, sem ônus para o IBRAM, durante os primeiros 30 (trinta) dias de contrato, a fim de auxiliar nos procedimentos relativos ao cadastramento de beneficiários e outros que sejam necessários.

5.2.2.1. Disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos servidores lotados nas Unidades Museológicas deste Instituto (por telefone, web e por e-mail), com a finalidade de auxiliar nos procedimentos relativos ao cadastramento de beneficiários e outros que sejam necessários.

5.2.3. Fornecer ao beneficiário IBRAM, sem qualquer custo adicional, carteira de identificação individualmente para cada beneficiário, com prazo de validade igual ao da duração do contrato, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data de vigência do contrato.

5.2.3.1. Garantir ao beneficiário IBRAM a prestação dos serviços contratados sem o uso da carteira de identificação durante os 60 (sessenta) primeiros dias de vigência do contrato.

5.2.4. Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior operadora contratada por este IBRAM, por intermédio da(s) operadora(s) proposta(s), aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar/domiciliar quando da assinatura do Termo de Acordo, e posterior vigência de contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

5.2.4.1. Pacientes passíveis de remoção (com base em parecer de médico especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à(s) operadora(s) indicada(s) pela Credenciada;

5.2.4.2. Pacientes com impossibilidade de remoção: caberá a(s) operadora(s) indicada(s) pela Credenciada o custeio integral até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;

5.2.4.3. Pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros em que a mudança do médico assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela(s) operadora(s) indicada(s) pela Credenciada até o seu encerramento, inclusive quanto aos honorários médicos;

5.2.4.4. Pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá a(s) operadora(s) indicada(s) pela Credenciada a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados.

5.2.5. Designar um funcionário responsável pelo relacionamento com o IBRAM;



5.2.6. Enviar, até o quinto dia útil, Relação Mensal Detalhada dos Beneficiários, ou seja, relação detalhada e nominal de beneficiários titulares, dependentes, por meio eletrônico em arquivo tipo planilha excel contendo em destacado as movimentações (inclusões, exclusões, mudança de faixa etária, etc.) ocorridas no período;

5.2.7. Efetuar a cobrança dos valores dos planos contratados pelos beneficiários titulares por autorização de débito em conta corrente, boleto bancário ou consignação em folha de pagamento via sistema Siape (de acordo com convênio com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão), responsabilizando-se pela cobrança de valores que não foram descontados por motivo de falta de margem consignável.

5.2.7.1. Solicitar ao beneficiário, diretamente, informações necessárias à complementação administrativa do procedimento de reembolso, cuja efetivação se dará em 30 dias, por meio de depósito em conta corrente do beneficiário, a partir da apresentação da solicitação do ressarcimento, da nota fiscal das despesas hospitalares e recibo de honorários médicos;

5.2.8. Exigir da(s) operadora(s) indicada(s) a periódica atualização de página web quanto a rede credenciada, relação dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços credenciados;

5.2.9. Comunicar ao IBRAM a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato;

5.2.10. Incluir beneficiários na condição de titulares, dependentes, considerando as distinções de tabelas de preços, para o plano para titulares/dependentes.

5.2.11. Exigir da operadora de plano de saúde que se mantenha ativa, durante a vigência do Termo de Acordo, quantidades iguais ou superiores de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, avisando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos;

5.2.12. Manter, durante toda execução do Acordo, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;

5.2.13. Exigir que a(s) operadora(s) garantam serviços de pronto-socorro em funcionamento durante 24 horas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, em condições de exames complementares de diagnósticos;

5.2.14. Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços;

5.2.15. Disponibilizar os equipamentos e/ou infra-estrutura necessários para prestação dos serviços relacionados;

5.2.16. Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, comunicadas pelos beneficiários do IBRAM à Administradora de Benefícios;



5.2.17. Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, decorrentes da execução do Acordo de Parceria;

5.2.18. Manter controle dos dependentes que perderão essa condição em decorrência de idade, notificando o IBRAM com um mês de antecedência à exclusão

5.2.19. Prestar diretamente os serviços contratados, não sendo permitida a subcontratação, sob qualquer pretexto ou alegação.

5.2.20. A Administradora de Benefícios Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do contrato, de serviço de discagem direta gratuita (DDG) para atendimento remoto (0800 e/ou via internet) disponível 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

5.2.21. A Administradora de Benefícios Credenciada deverá apresentar aos beneficiários IBRAM, no momento ato de assinatura do Termo de Acordo ou quando este desejar obter, a lista dos procedimentos para os quais será exigida autorização prévia das operadoras e a tabela praticada pela operadora de saúde no procedimento de reembolso.

5.2.22. Assegurar aos beneficiários autorização para procedimentos de forma ágil, através de e-mail, telefone ou internet/senha eletrônica.

5.2.22.1. As autorizações ou justificativas dos indeferimentos das mesmas deverão obedecer ao prazo máximo de 12 (doze) horas do respectivo pedido, ressalvadas as situações de urgências e emergências, nas quais deverão ser imediatamente autorizadas, para posterior discussão ou ressarcimento.

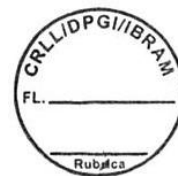
5.2.23. Trimestralmente, a Administradora de Benefícios Credenciada deverá apresentar relatórios gerenciais com informações dos principais tipos de uso, evolução da sinistralidade, inclusões, mudanças e exclusões do plano.

5.2.24. A Administradora de Benefícios Credenciada deverá sanar toda e qualquer inconsistência na movimentação de beneficiários em até 48 horas após ter sido formalmente comunicada.

5.2.25. A Administradora de Benefícios Credenciada, quando questionada a respeito do Acordo de Parceria, esta deverá responder, impreterivelmente, em 05 dias úteis, sob pena de advertência.

6. DAS OBRIGAÇÕES DO IBRAM

6.1. Permitir o acesso dos profissionais da Administradora de Benefícios Credenciada as dependências do edifício sede do Instituto Brasileiro de Museus, e suas unidades museológicas, para orientar e explicar aos beneficiários IBRAM sobre os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Acordo de Parceria;



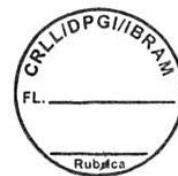
- 6.2.** Permitir à Administradora de Benefícios Credenciada a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários do IBRAM, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- 6.3.** Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Administradora de Benefícios Credenciada;
- 6.4.** Efetuar o cadastramento dos dependentes no SIAPE, sendo que os responsáveis respondem civil, penal e administrativamente pelo fornecimento de dados falsos;
- 6.5.** Efetuar consignado no contracheque do beneficiário titular o benefício relativo ao auxílio indenizatório, que será pago sempre no mês subsequente à apresentação de relatório fornecido pela Administradora de Benefícios quanto aos beneficiários IBRAM adeptos ao contrato de plano de saúde e/ou odontológico.
- 6.6.** Notificar à Administradora de Benefícios Credenciada, por escrito, 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 Pessoa Jurídica, ficando resguardado, contudo, o atendimento até o último dia da cobertura cujo pagamento já tenha sido realizado;
- 6.7.** Comunicar à Administradora de Benefícios Credenciada 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;
- 6.8.** Informar falhas e ocorrências detectadas à Administradora de Benefícios Credenciada com vistas à adoção das medidas que se façam necessárias;
- 6.9.** Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica da Administradora de Benefícios Credenciada, devendo comunicar à credenciada, por escrito, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (email), toda e qualquer irregularidade observada;
- 6.10.** Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços, por meio de servidor designado para este fim.

7. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO

7.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

7.1.1. advertência por escrito;

7.1.2. multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco 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;



7.1.3. 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;

7.1.4. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de um ano, justificada pela Divisão de Benefícios do IBRAM;

7.1.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;

7.2. As sanções previstas nos subitens 7.1.1, 7.1.2 e 7.1.3 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 7.1.4.e 7.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

7.3. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação à Instituto Brasileiro de Museus apuradas em processo administrativo.

8. DO GESTOR DO TERMO DE ACORDO

Caberá a gestão do Termo de Acordo à Coordenação de Gestão de Pessoas do IBRAM, por intermédio de servidor designado, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666/93.

Brasília-DF, de dezembro de 2012.

Eli Ximenes da Silva

Chefe da Divisão de Benefícios

Aprovado em: /12/2012.

Marcelo Helder Maciel Ferreira

Diretor Interino

Departamento de Planejamento e Gestão Interna



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA CULTURA
INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS – IBRAM
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

ANEXO II
DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

Faixa etária	Qtde de Vidas	Quantidade por Sexo	
		M	F
0 - 18	216	121	95
19 - 23	117	55	62
24 - 28	123	51	72
29 - 33	82	39	43
34 - 38	55	19	36
39 - 43	64	22	42
44 - 48	130	67	63
49 - 53	173	90	83
54 - 58	114	53	61
59 OU +	90	48	42
TOTAL	1164	565	599

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

Estado	Capital/Município	Quantidade
DF	BRASILIA	230
ES	SANTA TERESA	40
ES	VITÓRIA	20
GO	CIDADE DE GOIÁS	9
MA	ALCÂNTARA	10
MG	BELO HORIZONTE	15
MG	CAETÉ	15
MG	SERRO	15
MG	SÃO JOÃO DEL REI	15



MG	DIAMANTINA	15
MG	OURO PRETO	25
MG	SABARÁ	25
PE	RECIFE	15
RJ	RIO DE JANEIRO	550
RJ	CABO FRIO	20
RJ	PARATY	20
RJ	VASSOURAS	15
RJ	PETRÓPOLIS	35
RS	SÃO MIGUEL DAS MISSÕES	15
SC	FLORIANÓPOLIS	25
SP	SÃO PAULO	35



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA CULTURA
INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS – IBRAM
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA**

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

A (Nome da Pessoa Jurídica)....., CNPJ nº....., por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., sediada (endereço completo), declara, perante a Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Cidade - (UF), de de 2012.

(nome e número da identidade do declarante)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA CULTURA
INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS – IBRAM
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA**

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE TRABALHO DO MENOR

A Pessoa Jurídica , inscrita no CNPJ nº
....., por intermédio de seu representante legal o (a)
Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nº
.....e do CPF nº....., DECLARA, para fins do disposto no
inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de
outubro de 1999, regulamentada pelo Decreto 4.358/2002, que não emprega menor de dezoito anos
em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Cidade - (UF), de de 2012.

.....
(representante legal)

(observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA CULTURA
INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS – IBRAM
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA**

ANEXO V

TERMO DE ACORDO Nº /2012
PROCESSO Nº 01415.006326/2012-83

**TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI
CELEBRAM O INSTITUTO BRASILEIRO DE
MUSEUS E A ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS xxxxx PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR AOS
SERVIDORES, DEPENDENTES E
PENSIONISTAS, NA FORMA ABAIXO:**

O **INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS – IBRAM**, autarquia federal vinculada ao Ministério da Cultura, criado pela **Lei nº. 11.906**, de 20 de janeiro de 2009, inscrito no CNPJ sob o nº. 10.898.596/0001-42, com sede em Brasília/DF, situado no Setor Bancário Norte, Quadra 02, Bloco “N”, Edifício CNC III – Brasília – DF, 11º andar, CEP 70.040.904, neste ato representado pelo seu Presidente, Dr. **JOSÉ DO NASCIMENTO JUNIOR**, autoridade competente em decorrência da delegação de competência veiculada pela Portaria nº 23, de 16 de março de 2012, publicada no D.O.U. de 19 de março de 2012, seção 1, página 4, brasileiro, servidor público federal, residente e domiciliado nesta Capital, inscrito no CPF sob o nº. 085.318.568-92, portador da Cédula de Identidade nº 12.747.198 SSP/SP, nomeado por meio da Portaria nº 194, publicada no Diário Oficial da União nº 86, de 08 de maio de 2009, doravante denominado **IBRAM** e a, inscrita no CNPJ/MF sob o nº, com sede no, doravante denominada, neste ato representada pelo Senhor, brasileiro, casado, (profissão), portador da Cédula de Identidade nº, expedida pela e CPF nº, residente e domiciliado na, tendo em vista o que consta no Processo nº 01415.006326/2012-83, com fundamento, no *caput* do art. 25 e no art. 116 da **Lei nº 8.666**, de 21 de junho de 1993, na forma e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente Acordo:

Item 1 - Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência médica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Planos de Saúde, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, 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 servidores do Instituto Brasileiro de Museus - IBRAM ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura nacional ou regional



dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia e de suas unidades museológicas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

Item 2 - Credenciamento de pessoas jurídicas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Planos Odontológicos, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores do IBRAM ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura nacional ou regional dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia e de suas unidades museológicas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO DETALHAMENTO DO OBJETO

Constitui objeto do presente Acordo:

1. O credenciamento de Administradora de Benefícios deverá atender aos requisitos abaixo descritos, a serem observados tanto pela Administradora de Benefícios Credenciada, como pelas Operadoras de Plano de Saúde contratadas por esta Administradora de Benefícios:

1.1. DOS BENEFICIÁRIOS:

1.1.1. Como titulares, sem limite de idade:

- 1.1.1.1.** Servidores ativos permanentes do IBRAM, inclusive os cedidos para outros órgãos;
- 1.1.1.2.** Servidores sem vínculo, ocupantes de cargos em comissão;
- 1.1.1.3.** Servidores requisitados de outros órgãos em efetivo exercício no IBRAM;
- 1.1.1.4.** Servidores em exercício descentralizado de carreira;
- 1.1.1.5.** Servidores inativos do IBRAM;
- 1.1.1.6.** Beneficiários de pensão civil.

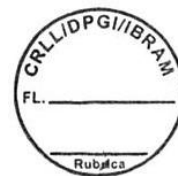
1.1.2. Como dependentes legais:

- 1.1.2.1.** O cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável;
- 1.1.2.2.** O companheiro ou a companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- 1.1.2.3.** A pessoa separada legalmente judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida legalmente judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- 1.1.2.4.** Os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- 1.1.2.5.** Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- 1.1.2.6.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos subitens 1.1.2.4 e 1.1.2.5 desta Cláusula.

1.1.3. Pensionistas decorrentes de pensões civis do IBRAM.

1.1.4. A existência do dependente constante nos subitens 1.1.2.1 e 1.1.2.2 desta Cláusula desobriga a assistência à saúde do dependente constante no subitem 1.1.2.3 desta Cláusula.

1.1.5. O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependente economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem em seu



assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado pelo IBRAM desde que o valor integral do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele contratados.

1.1.6. A operadora poderá admitir a inscrição de novos agregados no plano de assistência à saúde e odontológico, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o titular, desde que este assuma integralmente o respectivo custeio dos valores do plano contratado.

1.1.7. A operadora deverá admitir a inscrição daqueles agregados já inclusos no plano de assistência à saúde vigente neste IBRAM, desde que o servidor assuma integralmente o respectivo custeio dos valores do plano contratado.

1.2. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

1.2.1. A inclusão e a exclusão do servidor e de seus dependentes, e dos pensionistas, serão facultativas e far-se-á a pedido do servidor ou pensionista, mediante manifestação expressa junto à Administradora de Benefícios credenciada.

1.2.2. Os servidores que já estiverem em exercício no IBRAM, na data da celebração do Acordo, disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data de início deste, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, ficando isentos de carência, para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 1.5.4 desta Cláusula.

1.2.3. Os servidores que ingressarem no IBRAM após a data a que se refere o subitem 1.2.2 desta Cláusula, disporão do prazo de 60 (sessenta) dias ininterruptos, 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 subitem 1.5.4 desta Cláusula.

1.2.4. Os pensionistas que adquirirem essa condição após a data a que se refere o subitem 1.2.2 desta Cláusula disporão do prazo de até 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data da habilitação, para solicitarem a sua inclusão, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 1.5.4 desta Cláusula.

1.2.5. Os servidores ativos, incluídos no plano de assistência médico-hospitalar, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também dos seus dependentes.

1.2.6. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão do servidor (por casamento, nascimento, adoção, guarda ou reconhecimento de paternidade) terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, após o fato gerador, para serem incluídos no plano de assistência médico-hospitalar, sob pena do cumprimento das carências previstas no subitem 1.5.4 desta Cláusula.

1.2.7. É assegurada a inclusão:

1.2.7.1. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento;

1.2.7.2. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.

1.2.8. Fica sujeita às carências previstas no subitem 1.5.4 desta Cláusula a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo servidor, ou por perda da condição de dependente, salvo quando solicitada a inclusão, pelo servidor, até 30 (trinta) dias após a perda da condição de dependente.

1.2.9. Durante o prazo estabelecido no subitem 1.2.2 desta Cláusula a inclusão dos beneficiários deverá ocorrer conforme o cronograma abaixo:

Período de Inscrição	Vigência da Cobertura Assistencial
1º ao 20º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente
21º ao 30º dias	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente

1.2.10. Após o prazo estabelecido no subitem 1.2.2 desta Cláusula as inscrições deverão ser encaminhadas pela Administradora de Benefícios Credenciada até o 5º dia útil de cada mês, após o processamento da efetiva inclusão no plano contratado pelo beneficiário.

1.3. DA EXCLUSÃO

1.3.1. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do beneficiário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios Credenciada.

1.3.2. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

1.3.3. A exclusão do titular e demais beneficiários a ele vinculados, bem como dos pensionistas 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, a partir do primeiro dia do mês subsequente à comunicação à credenciada, da publicação do ato oficial que estabelecer a sua nova condição, quando couber, nas seguintes hipóteses:

- 1.3.3.1.** exoneração ou demissão;
- 1.3.3.2.** redistribuição
- 1.3.3.3.** cassação de aposentadoria ou disponibilidade;
- 1.3.3.4.** cancelamento voluntário da inscrição, solicitado pelo titular;
- 1.3.3.5.** falecimento;
- 1.3.3.6.** deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no art. 30 da Lei 9.656/98;
- 1.3.3.7.** quando deixar de atender às condições de dependência estabelecidas nos itens 1.1.2 ou de agregado estabelecida no 1.1.7 desta Cláusula;
- 1.3.3.8.** fraude ou inadimplência.

1.3.4. É da responsabilidade do servidor solicitar, formalmente, à Coordenação de Gestão de Pessoas, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

1.3.5. A solicitação de exclusão de beneficiários no plano de assistência a saúde deverá atender o cronograma abaixo para fins de suspensão da cobertura assistencial:

Período de exclusão	Suspensão da Cobertura Assistencial
1º ao 20º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

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



1.3.7. O servidor excluído será responsável pela devolução imediata de sua identificação, bem como da de seus dependentes, à Administradora de Benefícios Credenciada.

1.3.8. O não cumprimento das exigências estabelecidas no subitem 1.3.7 desta Cláusula submeterá o servidor ao pagamento do valor integral cobrado pela Administradora de Benefícios Credenciada, no plano aderido.

1.3.9. É facultado aos exonerados a pedido ou ex-offício, ou demitidos, nos termos do art. 30 da Lei 9.656/1998 e da Resolução Cònsul de nº. 20/1993, manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

1.3.10. A situação exposta no subitem 1.3.9 desta Cláusula é extensiva a todos os dependentes inscritos quando da vigência do vínculo funcional.

1.3.11. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo será excluído, juntamente com os demais beneficiários a ele vinculados, do plano de assistência à saúde, podendo optar por permanecer neste, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas.

1.3.12. As hipóteses abaixo discriminadas constituem exclusões, as quais terão o pagamento da mensalidade efetuado até a data da comunicação do evento pelo servidor:

- 1.3.12.1.** separação judicial ou divórcio;
- 1.3.12.2.** cancelamento de união estável;

1.3.13. Caberá ao servidor entregar à Administradora de Benefícios Credenciada os documentos necessários para a exclusão de que trata o subitem 1.3.12 desta Cláusula, até o prazo máximo de 15 (quinze) dias do mês subsequente ao da ocorrência do evento.

1.3.14. A não observância do item anterior desobriga a Credenciada de efetuar a exclusão retroativa, devendo o servidor arcar com os valores devidos.

1.3.15. 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.

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

1.4. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

1.4.1. Os beneficiários (titulares, dependentes) receberão gratuitamente a 1ª via da carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela Administradora de Benefícios Credenciada que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos.

1.4.2. Em caso de extravio da carteira de identificação, exceto por roubo, furto, incêndio ou enchente, devidamente comprovados, o custo da emissão de nova carteira, quando houver, será assumido integralmente pelo beneficiário junto à credenciada.

1.4.3. Em caso de extravio da carteira de identificação, o beneficiário se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados, após a comunicação formal do evento à Administradora de Benefícios Credenciada.

1.4.4. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado e após a vigência de sua exclusão serão única e exclusivamente do beneficiário, o qual ressarcirá à credenciada por meio do IBRAM.

1.4.5. O número estimado de beneficiários segue detalhado abaixo:

Faixa etária	Qtde de Vidas	Quantidade por Sexo	
		M	F
0 - 18	216	121	95
19 - 23	117	55	62
24 - 28	123	51	72
29 - 33	82	39	43
34 - 38	55	19	36
39 - 43	64	22	42
44 - 48	130	67	63
49 - 53	173	90	83
54 - 58	114	53	61
59 OU +	90	48	42
TOTAL	1164	565	599

1.4.5.1. Considera-se uma adesão de 80% (oitenta por cento) do quadro total estimado de beneficiários de acordo com a análise histórica de adesão nas contratações de plano de saúde anteriores e ressalta-se que a modalidade do plano é por adesão voluntária. Para efeito de modelo de proposta de preços deverá ser considerado o quantitativo estimado na Adesão Prevista.

1.4.5.2. Para o cálculo do quantitativo de beneficiários considerou-se o quadro de servidores do IBRAM beneficiários de assistência à saúde suplementar, distribuído, por sexo e faixa etária, acrescido de seus dependentes e agregados.

1.4.6. A distribuição geográfica dos beneficiários titulares segue abaixo:

Estado	Capital/Município
DF	BRASILIA
ES	SANTA TERESA
ES	VITÓRIA
GO	CIDADE DE GOIÁS
MA	ALCÂNTARA
MG	BELO HORIZONTE

MG	CAETÉ
MG	SERRO
MG	SÃO JOÃO DEL REI
MG	DIAMANTINA
MG	OURO PRETO
MG	SABARÁ
PE	RECIFE
RJ	RIO DE JANEIRO
RJ	CABO FRIO
RJ	PARATY
RJ	VASSOURAS
RJ	PETRÓPOLIS
RS	SÃO MIGUEL DAS MISSÕES
SC	FLORIANÓPOLIS
SP	SÃO PAULO

1.5. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS

1.5.1. Modalidades dos serviços:

1.5.1.1. Plano básico para beneficiários titular e dependentes: A Administradora de Benefícios deverá disponibilizar através de Operadoras de Planos de Saúde planos de assistência médica, objetivando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, 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, com cobertura nacional e com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

1.5.1.2. Plano especial: Administradora de Benefícios e 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.

1.5.1.3. A Operadora poderá apresentar planos com cobertura superior a dos planos especificados nos subitens anteriores, tanto em rede credenciada como em procedimento de reembolso.

1.5.1.4. A Operadora poderá apresentar planos com cobertura regional dentro da área geográfica de abrangência desta Autarquia e de suas unidades museológicas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

1.5.2. 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.

1.5.3. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios:

1.5.3.1. Usuários inscritos dentro dos prazos estabelecidos na forma descrita nos subitens 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.6, 1.2.7 e 1.2.8 desta Cláusula;

1.5.3.2. Situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após vigência do contrato firmado pelo beneficiário titular junto a Administradora de Benefícios;

1.5.4. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos nos subitens 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.6, 1.2.7 e 1.2.8 desta Cláusula, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, específicas para os serviços:

1.5.4.1. 30 (trinta) dias para exames clínicos e patológicos;

1.5.4.2. 60 (sessenta) dias para demais exames e tratamentos;

1.5.4.3. 90 (noventa) dias para internações hospitalares;

1.5.4.4. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

1.5.5. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência o servidor em licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, quando solicitar sua inscrição, e as dos seus dependentes, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do seu retorno.

1.5.6. As transferências entre planos deverão seguir as seguintes condições:

1.5.6.1. A Administradora de Benefícios admitirá a transferência de beneficiário de um plano de custo menor para outro de custo maior e de um custo maior para outro de custo menor, desde que o referido beneficiário se responsabilize pelo pagamento da diferença existente entre um plano e o outro e que ocorra na data do aniversário do contrato.

1.5.6.2. O beneficiário inscrito em um plano de custo maior ou para ele transferido fica obrigado a permanecer nesse plano por um ano a contar da data da sua inscrição ou transferência.

1.5.6.3. A transferência de plano da mesma operadora deverá observar os seguintes critérios:

1.5.6.3.1. Para o plano superior (quarto privativo) fica garantida a cobertura do plano inferior até o cumprimento da carência do item 1.5.3 desta Cláusula;

1.5.6.3.2. Para o plano inferior (quarto coletivo) 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.

1.5.6.4. As operadoras de plano de saúde credenciada pela Administradora de Benefício deverão declarar que anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, os



beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou troca de planos, dentre aquelas vinculadas à Administradora que firmar o Termo de Acordo com o Instituto Brasileiro de Museus – IBRAM, desde que atendam aos seguintes requisitos:

- a) não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00;
- b) que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida;
- c) que inexistia situação de gravidez e/ou doenças e lesões pré-existentes.

1.5.7. Modalidades dos serviços odontológicos:

1.5.7.1. Plano Básico para Titulares e Dependentes: a operadora deverá apresentar proposta para cobertura, em todo o território nacional, dos serviços especificados neste Termo de Acordo de urgência/emergência para os titulares e dependentes.

1.5.7.2. A operadora poderá apresentar planos com cobertura superior a dos planos especificados nos subitens anteriores.

1.5.8. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios:

1.5.8.1. Usuários inscritos dentro dos prazos estabelecidos na forma descrita nos subitens 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.6, 1.2.7 e 1.2.8 desta Cláusula;

1.5.8.2. Situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do beneficiário à contratada;

1.5.8.3. Consultas odontológicas.

1.5.9. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos nos subitens 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.6, 1.2.7 e 1.2.8 desta Cláusula, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, específicas para os serviços:

- 1.5.9.1.** 24 (vinte e quatro) horas – atendimento de emergência;
- 1.5.9.2.** 60 (sessenta) dias para assistência preventiva;
- 1.5.9.3.** 90 (noventa) dias para dentística restauradora e odontopediatria;
- 1.5.9.4.** 120 (cento e vinte) dias para cirurgia oral menor;
- 1.5.9.5.** 180 (cento e oitenta) dias - Endodontia e Periodontia

1.5.10. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência o servidor em licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, quando solicitar sua inscrição, e as dos seus dependentes, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do seu retorno.

1.6. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1.6.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigentes e futuras alterações.

1.6.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços, sem prejuízo do disposto no subitem 1.6.1 desta Cláusula:

1.6.2.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

1.6.2.2. apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

1.6.2.3. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 (doze) horas, durante a carência para o plano médico hospitalar;

1.6.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como emergência, urgência, e de planejamento familiar, e inclui, sem prejuízo do disposto no subitem 1.6.1 desta Cláusula:

1.6.3.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

1.6.3.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

1.6.3.3. diária de internação hospitalar;

1.6.3.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

1.6.3.5. exames complementares indispensáveis para controle da 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;

1.6.3.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

1.6.3.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

1.6.3.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

1.6.3.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

1.6.3.10. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

1.6.3.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

1.6.3.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

1.6.3.13. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

1.6.3.14. cobertura de transplantes de córnea e rim 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, exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

1.6.3.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

1.6.3.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

1.6.3.17. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

1.6.4. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS NOS PLANOS ODONTOLÓGICOS

1.6.4.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211, de 11/01/2010, da ANS para a segmentação odontológica.

1.6.4.2. 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.

1.6.4.3. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211, de 11/01/2010, para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

1.7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

1.7.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº. 9.656/1998 e nas resoluções do CONSU, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei, sendo excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 1.7.1.1.** tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 1.7.1.2.** atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 1.7.1.3.** procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 1.7.1.4.** cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 1.7.1.5.** inseminação artificial;
- 1.7.1.6.** tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 1.7.1.7.** tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 1.7.1.8.** transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 1.7.1.9.** fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 1.7.1.10.** fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

- 1.7.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 1.7.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 1.7.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 1.7.1.14. aplicação de vacinas preventivas;
- 1.7.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 1.7.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 1.7.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 1.7.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 1.7.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

1.8. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

1.8.2. 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.

1.8.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (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:

1.8.3.1. 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;

1.8.3.2. 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 à continuidade do atendimento.

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

1.8.5. O ônus decorrente de falta à consulta odontológica será de responsabilidade exclusiva do usuário.

1.8.6. São considerados procedimentos de emergência:

- a) Sedação da dor;
- b) Curativo pós-operatórios;
- c) Hemorragia;
- d) Sutura;
- e) Pulpotomia;
- f) Pulpectomia;



- g) Drenagem de abscesso via intra-oral ou extra-oral;
- h) Alveolite;
- i) Recolocação de prótese;
- j) Exodontia simple.

REEMBOLSO DE DESPESAS

1.8.7. 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:

1.8.7.1. 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;

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

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

1.8.9. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do contrato realizado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

1.8.9.1. 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 fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

1.8.9.2. recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

1.8.9.4. laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

1.8.10. Para fins de reembolso, o servidor ativo ou inativo e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento de seu contrato, sob pena de perder o direito ao reembolso.

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

1.9. REMOÇÃO

1.9.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

1.9.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) 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:

1.9.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora desse ônus;

1.9.2.2. a operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

1.10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1.10.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos e odontólogos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora e, de acordo com o plano subscrito por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

1.10.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será realizado pelo beneficiário diretamente à Administradora de Benefícios Credenciada.

1.10.3. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

1.10.4. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

1.10.5. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

1.10.6. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do processo.

1.10.6.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

1.10.7. A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

1.10.7.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

- b) Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de algum beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

1.10.7.2. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS e comunicação ao beneficiário IBRAM contratante, no prazo mínimo de 30 dias de antecedência, o descredenciamento de qualquer profissional ou estabelecimento, salvo nos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

1.10.8. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, este deverá arcar com a diferença de preço.

1.10.9. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

1.10.10. A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

1.11. REDE CREDENCIADA

1.11.1. As operadoras disponibilizadas pelas Administradoras deverão oferecer rede credenciada de Assistência Odontológica e Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos).

1.11.2. As operadoras deverão ter credenciados nas cidades onde se localiza as unidades museológicas do IBRAM. E ainda devem constar no mínimo 03 (três) hospitais gerais de natureza multidisciplinar próprios ou credenciados/referenciados nas capitais dos Estados de Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e no Distrito Federal, e pelo menos 01 (um) nas capitais dos demais Estados, os quais deverão apresentar, pelo menos, a seguinte infraestrutura:

- a) pronto socorro;
- b) UTI;
- c) internações em enfermaria e/ou apartamentos individuais;
- d) procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias.

1.11.3. As operadoras deverão ter rede credenciada nas cidades/municípios de Alcântara/MA, Cabo Frio/RJ, Belo Horizonte/MG, Diamantina/MG, Serro/MG, Sabará/MG, Ouro Preto/MG, São João Del Rei/MG, Caeté/MG, Florianópolis/SC, Rio de Janeiro/RJ, Paraty/RJ, Petrópolis/RJ, São Paulo/SP, Cidade de Goiás/GO, Vassouras/RJ, Vitória/ES, Recife/PE, Santa Teresa/ES, São Miguel das Missões/RS, com vistas à completa prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, conforme descrição do item 1.11.1 desta Cláusula.

1.12. DISPOSIÇÕES GERAIS

1.12.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento



de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e suas complicações.

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

1.12.3. A Administradora de Benefícios Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do contrato, da facilidade de um serviço de discagem direta gratuita (DDG) disponível 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários, bem como sites eletrônicos.

1.12.4. As exclusões de usuários do plano de assistência médico-hospitalar serão, tempestivamente, comunicadas pela Administradora de Benefícios Credenciada à Coordenação de Gestão de Pessoas. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios Credenciada.

1.12.5. A Administradora de Benefícios Credenciada realizará os descontos dos valores dos planos dos beneficiários por autorização de débito em conta corrente ou consignação em folha de pagamento via sistema SIAPE (de acordo com convênio com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão) e responsabilizar-se-á pela cobrança de valores que não foram descontados por motivo de falta de margem consignável.

1.12.6. Trimestralmente, a Administradora de Benefícios Credenciada deverá apresentar relatórios gerenciais com informações dos principais tipos de uso, evolução da sinistralidade, inclusões, mudanças e exclusões do plano.

1.12.7. Os casos omissos serão dirimidos pela Coordenação de Gestão de Pessoas, em conjunto com a Administradora de Benefícios Credenciada.

1.13. REFERÊNCIA NORMATIVA

1.13.1. A contratação dos serviços de assistência médico-hospitalar será regida por:

- 1.13.1.1.** Constituição Federal, de 05/10/1988;
- 1.13.1.2.** Lei nº 8.666, de 21/06/1993, e alterações posteriores;
- 1.13.1.3.** Lei nº 9.656, de 03/06/1998, e alterações posteriores;
- 1.13.1.4.** Lei nº 6.839, de 30/10/1980;
- 1.13.1.5.** Lei nº 8.112, de 11/12/1990, e alterações posteriores;
- 1.13.1.6.** Lei nº 8.078, de 11/09/1990, e alterações posteriores;
- 1.13.1.7.** Decreto nº 4.978/2004;
- 1.13.1.8.** Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde; e legislação complementar;
- 1.13.1.9.** Resolução Normativa - RN ANS nº 211, de 11 de janeiro de 2010;
- 1.13.1.10.** Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11/10/2010.
- 1.13.1.11.** Portaria Conjunta SRH/SOF nº 1, 29/12/2009.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

Os serviços deverão abranger, no mínimo, os itens descritos na Cláusula Segunda deste termo, onde consta o detalhamento do objeto:

Parágrafo único. Constituem-se obrigações da credenciada:

- 1) Prestar atendimento nas instalações do IBRAM para coleta das propostas de adesão aos planos, dos prováveis usuários, durante 60 (sessenta) dias, após a assinatura do contrato. Durante esse

período, semanalmente, a Administradora de Benefícios Credenciada deverá fornecer relatórios com informações das inclusões processadas à Divisão de Benefícios/Coordenação de Gestão de Pessoas.

- 2) Manter um posto de atendimento nas instalações do IBRAM e suas unidades museológicas, no período de 8:00h às 12:00h ou de 14:00h às 18:00h, de segunda-feira a sexta-feira, sem ônus para o IBRAM, durante os primeiros 30 (trinta) dias de contrato, a fim de auxiliar nos procedimentos relativos ao cadastramento de beneficiários e outros que sejam necessários.

- 2.1) Disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos servidores lotados nas Unidades Museológicas deste Instituto (por telefone, web e por e-mail), com a finalidade de auxiliar nos procedimentos relativos ao cadastramento de beneficiários e outros que sejam necessários.

- 3) Fornecer ao beneficiário IBRAM, sem qualquer custo adicional, carteira de identificação individualmente para cada beneficiário, com prazo de validade igual ao da duração do contrato, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data de vigência do contrato.

- 3.2) Garantir ao beneficiário IBRAM a prestação dos serviços contratados sem o uso da carteira de identificação durante os 60 (sessenta) primeiros dias de vigência do contrato

- 4) Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior operadora contratada por este IBRAM, por intermédio da(s) operadora(s) proposta(s), aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar/domiciliar quando da assinatura do Termo de Acordo, e posterior vigência de contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

- 4.1) Pacientes passíveis de remoção (com base em parecer de médico especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à(s) operadora(s) indicada(s) pela Credenciada;

- 4.2) Pacientes com impossibilidade de remoção: caberá a(s) operadora(s) indicada(s) pela Credenciada o custeio integral até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;

- 4.3) Pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros em que a mudança do médico assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela(s) operadora(s) indicada(s) pela Credenciada até o seu encerramento, inclusive quanto aos honorários médicos;

- 4.4) Pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá a(s) operadora(s) indicada(s) pela Credenciada a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados.

- 5) Designar um funcionário responsável pelo relacionamento com o IBRAM;
- 6) Enviar, até o 5º (quinto) dia útil, Relação Mensal Detalhada dos Beneficiários, ou seja, relação detalhada e nominal de beneficiários titulares, dependentes, por meio eletrônico em arquivo tipo

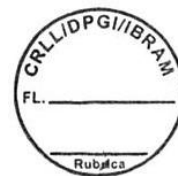


planilha Excel contendo em destacado as movimentações (inclusões, exclusões, mudança de faixa etária, etc.) ocorridas no período;

- 7) Efetuar a cobrança dos valores dos planos contratados pelos beneficiários titulares por autorização de débito em conta corrente, boleto bancário ou consignação em folha de pagamento via sistema SIAPE (de acordo com convênio com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão), responsabilizando-se pela cobrança de valores que não foram descontados por motivo de falta de margem consignável.

7.1) Solicitar ao beneficiário, diretamente, informações necessárias à complementação administrativa do procedimento de reembolso, cuja efetivação se dará em 30 (trinta) dias, por meio de depósito em conta corrente do beneficiário, a partir da apresentação da solicitação do ressarcimento, da nota fiscal das despesas hospitalares e recibo de honorários médicos;

- 8) Exigir da(s) operadora(s) indicada(s) a periódica atualização de página web quanto a rede credenciada, relação dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços credenciados;
- 9) Comunicar ao IBRAM a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato;
- 10) Incluir beneficiários na condição de titulares, dependentes, considerando as distinções de tabelas de preços, para o plano para titulares/dependentes.
- 11) Exigir da operadora de plano de saúde que se mantenha ativa, durante a vigência do Termo de Acordo, quantidades iguais ou superiores de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, avisando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos;
- 12) Manter, durante toda execução do Termo Acordo, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- 13) Exigir que a(s) operadora(s) garantam serviços de pronto-socorro em funcionamento durante 24 horas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, em condições de exames complementares de diagnósticos;
- 14) Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços;
- 15) Disponibilizar os equipamentos e/ou infraestrutura necessários para prestação dos serviços relacionados;
- 16) Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, comunicadas pelos beneficiários do IBRAM à Administradora de Benefícios;
- 17) Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, decorrentes da execução do Termo de Acordo;
- 18) Manter controle dos dependentes que perderão essa condição em decorrência de idade, notificando o IBRAM com um mês de antecedência à exclusão;
- 19) Prestar diretamente os serviços contratados, não sendo permitida a subcontratação, sob qualquer pretexto ou alegação;



- 20) A Administradora de Benefícios Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do contrato, um serviço de discagem direta gratuita (DDG) para atendimento remoto (0800 e/ou via internet) disponível 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;
- 21) A Administradora de Benefícios Credenciada deverá apresentar aos beneficiários do IBRAM, no ato de assinatura deste Termo de Acordo ou quando este desejar obter, a lista dos procedimentos para os quais será exigida autorização prévia das operadoras e a tabela praticada pela operadora de saúde no procedimento de reembolso;
- 22) Assegurar aos beneficiários autorização para procedimentos de forma ágil, através de e-mail, telefone ou internet/senha eletrônica;
 - 22.1) As autorizações ou justificativas dos indeferimentos das mesmas deverão obedecer ao prazo máximo de 12 (doze) horas do respectivo pedido, ressalvadas as situações de urgências e emergências, nas quais deverão ser imediatamente autorizadas, para posterior discussão ou ressarcimento;
- 23) Trimestralmente, a Administradora de Benefícios Credenciada deverá apresentar relatórios gerenciais com informações dos principais tipos de uso, evolução da sinistralidade, inclusões, mudanças e exclusões do plano;
- 24) A Administradora de Benefícios Credenciada deverá sanar toda e qualquer inconsistência na movimentação de beneficiários em até 48 (quarenta e oito) horas após ter sido formalmente comunicada;
- 25) A Administradora de Benefícios Credenciada, quando questionada a respeito do Termo de Acordo, deverá responder, impreterivelmente, em 5 (cinco) dias úteis, sob pena de advertência.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO IBRAM

Constituem-se obrigações do IBRAM:

- 1) Permitir o acesso dos profissionais da Administradora de Benefícios Credenciada as dependências do edifício sede do Instituto Brasileiro de Museus e suas unidades museológicas, para orientar e explicar aos beneficiários do IBRAM sobre os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura deste Termo de Acordo;
- 2) Permitir à Administradora de Benefícios Credenciada a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários do IBRAM, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- 3) Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Administradora de Benefícios Credenciada;
- 4) Efetuar o cadastramento dos dependentes no SIAPE, sendo que os responsáveis respondem civil, penal e administrativamente pelo fornecimento de dados falsos;
- 5) Efetuar consignado no contracheque do beneficiário titular o benefício relativo ao auxílio indenizatório, que será pago sempre no mês subsequente à apresentação de relatório fornecido pela Administradora de Benefícios quanto aos beneficiários IBRAM adeptos ao contrato de plano de saúde e/ou odontológico.
- 6) Notificar à Administradora de Benefícios Credenciada, por escrito, por meio de ofício ou comunicação por correio eletrônico (e-mail), os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem

de possuir direito ao atendimento médico prestado pela pessoa jurídica, ficando resguardado, contudo, o atendimento até o último dia da cobertura cujo pagamento já tenha sido realizado;

- 7) Comunicar à Administradora de Benefícios Credenciada 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;
- 8) Informar falhas e ocorrências detectadas à Administradora de Benefícios Credenciada com vistas à adoção das medidas que se façam necessárias;
- 9) Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica da Administradora de Benefícios Credenciada, devendo comunicar à credenciada, por escrito, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (email), toda e qualquer irregularidade observada;
- 10) Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços, por meio de servidor designado para este fim.

CLÁUSULA QUINTA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO

Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas neste Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na **Lei nº 8.666/93**, sem prejuízo de outras:

- a) advertência por escrito;
- b) multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco 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 Termo de Acordo, por prazo não superior de um ano, justificada pela Divisão de Benefícios do IBRAM;
- e) Declaração inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida a sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade;

parágrafo primeiro. As sanções previstas nos subitens "a", "b" e "c" poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens "d" e "e", facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

parágrafo segundo. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Instituto Brasileiro de Museus apuradas em processo administrativo.

CLÁUSULA SEXTA – VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

O presente Termo de Acordo terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, com vantagens para a administração, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme o disposto no inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.



Parágrafo Primeiro - Os critérios de reajuste anual para os serviços em contratação obedecerão a legislação em vigor, podendo estar adstrito a variação dos custos médicos e hospitalares e outras despesas operacionais da operadora, bem como à da taxa de sinistralidade, se o percentual apurador for superior a 70% (setenta por cento), visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro deste Termo de Acordo.

Parágrafo Segundo - Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o IBRAM, por intermédio da Coordenação de Gestão de Pessoas.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO GESTOR DO TERMO DE ACORDO

Caberá a gestão do Termo de Acordo à Coordenação de Gestão de Pessoas do IBRAM, por intermédio de servidor designado, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA OITAVA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do **IBRAM**, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

Parágrafo único. O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário;

CLÁUSULA NONA - RESCISÃO

Este Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

Parágrafo único. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO

O presente Acordo será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente Acordo é aceito pelo IBRAM em caráter de não exclusividade, sendo dispensado o procedimento licitatório em função de não existir desembolso de recursos públicos, bem como pelo fato de ser permitida a participação de todo e qualquer interessado que satisfaça as condições mínimas estipuladas no edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

O Foro para solucionar os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Acordo será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.



Parágrafo Único. E por estarem de pleno acordo, assinam o presente Termo de Acordo em três vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Brasília/DF, _____ de _____ de 2012.

Pelo Contratante:

Pela Contratada:

**JOSÉ DO NASCIMENTO JUNIOR
CONTRATANTE**

CONTRATADA