INSTITUTO FEDERAL DO ACRE
Rua Coronel José Galdino, nº 495, - Bairro Bosque, Rio Branco/AC, CEP 69.900-640
Telefone: e Fax: @fax_unidade@ - http://www.ifac.edu.br

EDITAL Nº 1/2020

Processo nº 0094427.00001692/2020-25

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2020

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre – IFAC, autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação – MEC, com sede na Rua Coronel José Galdino, 495, Bairro do Bosque, cidade de Rio Branco – AC, CEP: 69.900-640, representado pela Magnífica Reitora Rosana Cavalcante dos Santos, por meio da Coordenação de Licitação – COLIC, torna público, a quem possa interessar que realizará a licitação na modalidade de **CHAMAMENTO PÚBLICO** para **CREDENCIAMENTO** visando credenciamento e seleção de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios visando a disponibilização de planos de saúde aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do IFAC. O procedimento em riste obedecerá a lei n° 8.666/1993, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, bem como às demais exigências previstas neste Edital e seus Anexos.

1 – DO OBJETO

1.1. O presente **CHAMAMENTO PÚBLICO** tem como objeto credenciar e selecionar empresas para atuar como **Administradora de Benefícios,** objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme as condições estabelecidas neste edital e seus anexos.

1.2. Os serviços descritos no subitem 1.1 deverão atender ao disposto no art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990, na Lei 9.656 de 1998, pela Resolução nº 10, de 3 de novembro de 1998 (alterada pelas Resoluções nºs 67 e 81, de 2001), pela Resolução nº 387/2015, pelas Resoluções nºs 311/2012 e 13/2002, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009 , todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa nº 05, de 11 de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, conforme previsão no item I do termo de referência.
1.3. O credenciamento da(s) administradora(s) de benefícios será formalizado mediante assinatura de Termo de Contrato, a ser celebrado entre o IFAC e a(s) Administradora(s) de Benefícios que vierem a ser habilitadas.

2 – DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar deste Credenciamento:

2.1.1. As empresas legalmente estabelecidas no país, cujo ramo de atividade seja compatível co o objeto deste Credenciamento, observadas as condições de habilitação, disposições e as exigências contidas neste Edital e seus Anexos.

2.1.2. estejam 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 apresentação de documento hábil.

2.2. **Será vedada a participação de instituições quando:**

2.2.1.proibidos de participar de licitações e celebrar contratos com a Administração Pública, na forma da legislação vigente;

2.2.2. que não atendam às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);

2.2.3. estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;

2.2.4. que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei nº 8.666, de 1993;

2.2.5. que estejam sob falência, recuperação judicial ou extrajudicial, ou concurso de credores ou insolvência, em processo de dissolução ou liquidação;

2.2.6. entidades empresariais que estejam reunidas em consórcio;

2.2.7. cooperativas de mão de obra, conforme disposto no art. 5° da Lei n° 12.690/2012.

2.2.8. empresas cujo estatuto ou contrato social não seja pertinente e compatível com o objeto deste Edital.

2.3. Nos termos do art. 5º do Decreto nº 9.507, de 2018, é vedada a contratação de pessoa jurídica na qual haja administrador ou sócio com poder de direção, familiar de:

2.3.1. detentor de cargo em comissão ou função de confiança que atue na área responsável pela demanda ou contratação; ou

2.3.2. de autoridade hierarquicamente superior no âmbito do órgão contratante.

2.3.3. Para os fins do disposto neste item, considera-se familiar o cônjuge, o companheiro ou o parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau (Súmula Vinculante/STF nº 13, art. 5º, inciso V, da Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013 e art. 2º, inciso III, do Decreto n.º 7.203, de 04 de junho de 2010);

2.4. Nos termos do art. 7° do Decreto n° 7.203, de 2010, é vedada, ainda, a utilização, na execução dos serviços contratados, de empregado da futura Contratada que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança neste órgão contratante.

3 – DO PERÍODO DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

3.1. A documentação exigida para fins de credenciamento, serão recebidas no seguinte local e data:

Local de Entrega da Documentação	Os documentos podem ser entregues por um dos seguintes canais: a) Coordenação de Licitação - Anexo da Reitoria. Endereço: Rua Coronel Alexandrino, 301, bosque, Rio Branco/AC - CEP: 69.900-697 (Após prévio agendamento de horário). b) Por correspondência eletrônica, via endereço de e-mail licitacao@ifac.edu.br.
Envio da Documentação	Início: 06/07/2020 Término: 24/07/2020

3.2. O Edital e seus Anexos poderão ser baixados no endereço eletrônico abaixo ou solicitado através do e-mail: licitacao@ifac.edu.br.

https://portal.ifac.edu.br/licitacoes_contratos.html

4 – DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

4.1 As propostas e documentos de habilitação para o credenciamento serão recebidas na Coordenação de Licitação, no endereço que consta no item 3 deste Edital, nos dias úteis, no horário das 8:00 às 11:00 e de 14:00 às 16:00.
4.2. Os documentos entregues fisicamente deverão conter cópias autenticadas e/ou original ou cópia a ser autenticada pela Administração, devidamente assinadas, sem rasuras, à vista do original, em envelope fechado e lacrado com identificação da empresa, contendo em suas partes externas e frontais, em caracteres destacados, os seguintes dizeres:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2020** **RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE:** **CNPJ:**

4.3 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;
4.4 A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento junto ao IFAC, 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.

5 – DOS ESCLARECIMENTOS E DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

5.1. Os pedidos de esclarecimento e impugnação deveram ser enviados em até 05 (cinco) dias úteis anteriores da data fixada para abertura dos envelopes de habilitação.

5.1.1. Os pedidos de esclarecimento e impugnação poderão ser encaminhados através do e-mail licitacao@ifac.edu.br ou no endereço que consta no item 3 deste Edital, em até 16 horas (horário do Acre), aos cuidados da Comissão Especial de Licitação.

5.2. Decairá do direito de impugnar os termos do Edital o licitante perante a administração o licitante que não o fizer até o 2º (segundo) dia útil que anteceder a abertura dos envelopes de habilitação, conforme disposto no § 2º do Art. 41, da Lei nº 8.666/93.

5.3. Sem prejuízo do prazo citado do subitem anterior, a impugnação será decidida no prazo de 03 (três) dias úteis, observando em qualquer caso o disposto no § 3º do Art. 41, da Lei nº 8.666/93.

5.4. A impugnação será dirigida à Comissão Especial de Licitação e, feita tempestivamente pelo licitante, não o impedirá de participar do processo licitatório até o trânsito em julgado da decisão administrativa a ela pertinente.

5.5. A entrega da proposta e documentação, sem que tenha sido tempestivamente impugnado este edital, implicará na plena aceitação, por parte das interessadas, das condições nele estabelecidas.
5.6. O IFAC poderá, até a formalização definitiva do instrumento contratual, desistir da contratação, bem como revogar por interesse público ou anular este certame, no todo ou em parte, sem que disso resulte para

qualquer licitante direito e pedido de ressarcimento ou indenização.
5.7. Os interessados poderão fazer-se representar por procurador ou pessoa devidamente credenciada.

6 - DA ANÁLISE E DO JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

6.1. A análise e julgamento da documentação apresentada pelas pessoas jurídicas interessadas serão processados em conformidade com as condições estipulados neste Edital e seus Anexos;

6.2. Considerar-se-á habilitada a pessoa jurídica que apresentar corretamente e em tempo hábil, toda a documentação exigida.

6.2. Será inabilitação a empresa que deixar de apresentar qualquer documentação exigida no item habilitação deste Edital ou apresentar em desconformidade com o exigido.

7 - DA DIVULGAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

7.1. Até o dia 31/07/2020 será ou serão declarados habilitados para o credenciamento todas os requerentes que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado no site da Instituição.

7.2. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, a (s) proposta (s) da (s) empresa(s) declarada ou declaradas apta(s) ao credenciamento serão submetidas à HOMOLOGAÇÃO pela autoridade competente da Instituição e publicado o resultado no Diário Oficial da União.

8 - DOS RECURSOS

8.1. Os recursos deverão ser apresentados por escrito e protocolados no Setor de Licitação, no endereço que consta no item 3 deste Edital ou através do e-mail licitacao@ifac.edu.br, dirigidos à Comissão Especial de Licitação.

8.2. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 03 (três) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no item 7.1 deste Edital, ficando, nesse período, autorizado vistas ao seu processo junto à Comissão Especial de Licitação, situada no endereço que consta no item 3 deste Edital.
8.3. 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;
8.4. O recurso será protocolado junto à Comissão Especial de Licitação, 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;
8.5. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos;

9 – PLANOS A SEREM OFERTADOS

9.1 Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Termo de Referência - Anexo I.
9.2 As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Resolução Normativa nº 428, de 07/11/2017.

10 – DA PROPOSTA DE PREÇOS

10.1. Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ia) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários do IFAC, contemplando as regras estabelecidas no Termo de Referência, anexo I deste Edital, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;

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

11 – DA HABILITAÇÃO

11.1. Para fins de habilitação ao credenciamento, a Administradora de Benefícios terá que satisfazer os requisitos relativos à habilitação jurídica, qualificação econômico-financeira, regularidade fiscal e trabalhista e qualificação técnica.

11.2. Se a Administradora for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se filial, todos os documentos deverão estar em nome desta, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente forem emitidos somente em nome da matriz.

11.3. Para **Habilitação Jurídica** a Administração de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:

a) No caso de empresário individual, inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

b) Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, na forma da Resolução CGSIM nº 16, de 2009, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldoempreendedor.gov.br;

c) No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;

d) No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

e) No caso de cooperativa: ata de fundação e estatuto social em vigor, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, bem como o registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 1971;

f) Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;

g) Decreto de autorização, em se tratando de sociedade empresária estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

h) No caso de procurador, deverá ser apresentado o instrumento público ou particular de mandato, com firma reconhecida em cartório, outorgando poderes expressos para que se manifeste pela Administrador de Benefícios para formular propostas, interpor ou renunciar a recursos, e demais atos pertinentes à participação no credenciamento;

i) Indicação do representante legal, acompanhado de cópia pessoal e profissional, para praticar todos os atos necessários em nome da Instituição financeira, em todas as etapas deste Credenciamento, e para o exercício de direitos e assunção de obrigações decorrentes do Termo de Contrato de Credenciamento;

j) Declaração dos sócios da instituição, a qualquer título, de que não mantêm qualquer vínculo com o **IFAC**, que impeça a instituição a contratar com a instituição, nos termos da exigência da Lei de Licitações.

11.4. Para Regularidade Fiscal:

a) Certidão Conjunta Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, aprovado pela Portaria Conjunta PGFN/RFB n° 1.751, de 02/10/2014;

b) Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, expedido pela Caixa Econômica Federal;

c) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

d) Prova de regularidade fiscal quanto ao débito municipal do domicílio ou sede da proponente, ou equivalente, na forma da Lei;

e) Certidão negativa de débitos quanto aos tributos estaduais;

f) Certidão negativa relativa às contribuições previdenciárias INSS e às de terceiros expedida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS;

g) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e municipal, se houver, relativo ao domicílio sede da instituição, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do contrato; e

h) Certidão negativa de débitos trabalhistas – CNDT.

i) 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 envelope, devendo, ainda, apresentar os seguintes documentos:
ii) Confirmação da regularidade da habilitação da licitante no SICAF, mediante consulta via "on line" no ato da abertura do envelope;
iii) Caso a empresa 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 empresa;

11.5. Para Habilitação Econômico Financeira:

a) Comprovação de boa situação financeira da Administradora de Benefícios, verificada por meio dos índices econômicos (LG – Liquidez Geral, LC – Liquidez Corrente, SG – Solvência Geral).

a.1) O IFAC se reserva o direito de solicitar a apresentação das Demonstrações Contábeis para fins de análise e decisão quanto ao julgamento da qualificação econômico-financeira, sem prejuízo da consulta ao SICAF.

a.2) O resultado deverá ser igual ou maior do que 1 (um) em todos os índices acima, relativos a boa situação financeira.

a.3) No caso de as empresas apresentarem resultado inferior a 1 (um) em qualquer dos índices acima, deverão comprovar boa situação financeira por meio de Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social.

a.4) Caso sejam solicitadas as Demonstrações Contábeis mencionadas na alínea "a.1" acima, estas deverão ser apresentadas na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.

b) Tratando-se de empresa constituída no ano corrente, esta deverá apresentar o Balanço de Abertura (Balanço Inicial), na forma da lei.

c) Apresentar Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica ou de execução patrimonial expedida no domicílio da pessoa física, com data de emissão máxima nos últimos 90 (noventa) dias, desde que em validade.

11.6. Para **Habilitação Técnica da Administradora de Benefícios e Proposta de Preços dos Planos** ofertados pela Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes documentos:
11.6.1. Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;
11.6.2. **Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;**

11.6.3. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administrativa de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa n° 196/2009 da ANS.
11.6.4. Certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, relativa ao 1º trimestre de 2020, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;
11.6.5. Apresentar declaração 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;
11.6.6. Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do IFAC, na forma exigida no termo de referência, anexo a este Edital;
11.6.7. A Administradora apresentará ao IFAC os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as

operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Contrato que vier a ser assinado com o IFAC.

11.6.8. Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observado o que dispõe a Resolução Normativa ANS n° 255/2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;
11.7 Os documentos apresentados com a validade expirada acarretarão na inabilitação da Administradora de Benefícios;
11.8. Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados deverão referir-se ao mesmo CNPJ da Administradora de Benefícios;
11.8.1 Se a Administradora for a Matriz, todos os documentos deverão estar em nome da Matriz; Se filial, deverão estar em nome desta.
11.9. Não serão aceitos documentos cujos datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados;
11.10 Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos requeridos neste Edital e seus Anexos.

11.11. A comprovação do atendimento às exigências quanto às operadoras apresentadas será verificada por meio do registro do produto junto à ANS, nos moldes da Resolução Normativa n° 259/2011.

11.12. Qualificação Técnica da Operadora de Plano de Saúde

11.12.1. Número de registro junto à ANS dos produtos apresentados;

11.12.2. Não se encontrar sob regime de direção fiscal ou técnica, emitida pela ANS;

11.12.3. Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), relativo ao ano-base 2019, maior ou igual a 0,5000.

11.13. **Deve ainda a empresa apresentar juntamente com a proposta:**

11.13.1. Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo de sua habilitação.

11.13.2. Declaração de que a empresa não utiliza mão de obra direta ou indireta de menores, conforme disposições contidas na Lei n°. 9.854, de 27 de outubro de 1999, regulamentada pelo Decreto nº. 4.358, de 05 de setembro de 2002.

11.13.3. Declaração de sustentabilidade ambiental. (Modelo anexo III deste Edital);

11.13.4. Declaração de que seus empregados não executam trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal.

11.14. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação da empresa participante, a Comissão Especial de Licitação, verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

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

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

11.14.3 Lista de Inidôneos e o Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos - CADICON, mantidas pelo Tribunal de Contas da União – TCU;

11.15. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa participante e também de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei n° 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

11.16. Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

11.17. Constatada a existência de sanção, a Comissão Espacial de Licitação reputará a empresa participante inabilitado, por falta de condição de participação.

11.18. Não ocorrendo a inabilitação por força das situações acima mencionadas, a documentação de habilitação dos participantes então será verificada, conforme demais exigências previstas neste instrumento convocatório.

11.19. Todos os documentos deverão ser emitidos em favor do domicílio ou sede da participante.

11.20. É assegurado à Comissão Especial de Licitação o direito de solicitar ao participante, a qualquer tempo, no curso do credenciamento, quaisquer esclarecimentos sobre os documentos já entregues, fixando-lhes prazo para atendimento.

11.21. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus anexos.

11.22. Os documentos a serem protocolados deverão ser apresentados, preferencialmente, grampeados e/ou encadernados, na ordem retro mencionados e numerados.

11.23. A Comissão Especial de Licitação se reserva o direito de promover diligências através de contatos com o cliente, para certificar-se da exatidão das informações constantes dos atestados e/ou certificados apresentados pelas participantes.

11.24. Qualquer informação inexata ou inverídica apurada pela Comissão Especial de Licitação, constante dos documentos de capacidade técnica, implicará na inabilitação da respectiva participante.

12 – DA CONVOCAÇÃO DAS ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIO HABILITADA PARA ASSINATURA DO CONTRATO

12.1. O credenciado será notificado pelo IFAC, para no prazo de 5 (cinco) dias úteis contados do recebimento da notificação, para assinar o respectivo Termo de Contrato, aceitar ou, no mesmo prazo, retirar o instrumento equivalente sob a pena de decair do direito à contratação.

12.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado até o limite de 5 (cinco) dias úteis, quando solicitado pelas partes durante o seu transcurso, e desde que ocorra motivo justificado, aceito pelo IFAC.

12.3. O Termo de Contrato poderá ser modificado através de Termo Aditivo, no que couber, em razão de eventuais alterações na legislação que regulamenta a matéria.
12.4. Como condição para celebração do Termo de Contrato e durante a execução do mesmo, a CREDENCIADA deverá manter os mesmo requisitos exigidos no momento do credenciamento.

12.5. O contrato com a(s) Administradora(s) de Benefícios habilitada(s), concretizando-se o credenciamento, com vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado, em comum acordo entre o(s) participante(s) e desde que verificada as condições de habilitação, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante no Anexo deste Edital, a qual será adaptada à proposta da Administradora credenciada.

13 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, PAGAMENTO E REAJUSTE

13.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do IFAC, 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.
13.2 O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.
13.3 Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do IFAC poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora.
13.4 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados pela Administradora de Benefícios comunicando ao IFAC, por intermédio da Gestão de Pessoas do IFAC.

14 – DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

14.1 O IFAC realizará o acompanhamento da execução dos serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados pela contratada, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).
14.2 O acompanhamento e a fiscalização da execução da contratação consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do IFAC, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata**.**

15 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO

15.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Contrato, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:
15.1.1 advertência por escrito;
15.1.2 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;
15.1.3 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;
15.2 Suspensão temporária do Termo de Contrato, por prazo não superior de um ano, devidamente justificada pela fiscalização do Termo;
15.3 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;
15.4 As sanções previstas nos subitens 15.1.1 e 15.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 15.2.e 15.3, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;
15.5 São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Contrato, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao IFAC apuradas em processo administrativo.

16 – DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

16.1 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

17 – DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1 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.
17.2 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.
17.3 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.
17.4 É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no

Diário Oficial da União.
17.5 Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Especial de Licitação, localizada no endereço que consta no item 3 deste Edital.
17.6 Integram o presente Edital, dele fazendo parte integrante, os seus Anexos
17.7 É facultada à Comissão Especial de Licitação 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.
17.8 O credenciamento será permitido a qualquer momento, de qualquer interessado, desde que atenda aos requisitos fixados no
regulamento.
17.9 O Foro para solucionar os possíveis litígios que decorrerem deste procedimento licitatório será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Acre.

18 - DOS ANEXOS

18.1. Constituem anexos do presente Edital, dele fazendo parte integrante:

18.1.1. Anexo I – Termo de Referência;

18.1.2. Anexo II - Modelo de Solicitação de Credenciamento;

18.1.3. Anexo III - Modelo de declaração de superveniência de fato impeditivo da habilitação;

18.1.4. Anexo IV - Declaração de atendimento ao INC. XXXIII do art. 7º da CF;

18.1.5. Anexo V - Declaração;

18.1.6. Anexo VI - Declaração de sustentabilidade ambiental;

18.1.7. Anexo VII - Declaração de Não-utilização de Trabalho de Menor;

18.1.8. Anexo VIII - Declaração do Fornecedor de Não Utilização de Trabalho Degradante;

18.1.9. Anexo IX – Minuta de contrato;

18.1.10. Anexo X – Termo de Responsabilidade SEI;

18.1.11. Anexo XI - Relatório do quantitativo de servidores e dependentes;

18.1.12. Anexo XII - Relatório faixa etária;

Rio Branco - AC, 02 de julho de 2020.

ANEXO I – PROJETO BÁSICO

I – DO OBJETO

Credenciamento de empresas para atuar como **Administradora de Benefícios**, objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com a finalidade de ter a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos

e inativos, seus dependentes e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, em todas as suas unidades, localizadas nas cidades de Rio Branco, Sena Madureira, Xapuri, Cruzeiro do Sul e Tarauacá para cobertura em âmbito estadual, de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e Resolução 10 de 1998 de 3 de novembro de 1998, alterada pelas Resoluções 67 e 81 de 2001 e Resolução 167 de 9 de janeiro de 2008 e pela Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e orientações e especificações técnicas constantes neste projeto, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

II - DA CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento, considera-se:

2.1. USUÁRIOS - Os inscritos no Programa de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares, dependentes, pensionistas ou agregados.

2.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – servidores ativos, inativos e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC.

2.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada neste Projeto Básico.

2.4. PENSIONISTA – Beneficiário de pensão de Instituidores de Pensão na forma regulamentada neste Projeto Básico.

2.5.AGREGADO – Aquele vinculado ao titular, na qualidade de parente, que não atende a condição de dependente, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, observado o item 3.4 deste Projeto Básico.

2.6. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - O 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 participação de todos os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC.

2.7. AUXÍLIO INDENIZATÓRIO – É o auxílio que será consignado no contracheque do titular do beneficio (auxílio) e será pago sempre no mês subsequente à apresentação pelo servidor, de comprovante de pagamento do Plano de Saúde.

2.8. REDE CREDENCIADA - Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

2.9. ABRANGÊNCIA DA REDE – Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, na forma disciplinada neste Projeto Básico.

2.10. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora, com a qual o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC celebrará Termo de Contrato de Credenciamento para a prestação de serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará, no mínimo, 01 (uma) operadora prestadora dos serviços de plano de saúde.

2.11. TIPOS DE PLANOS – Administradora deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e sem coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

2.12. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermaria.

2.13. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, com cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho.

2.14. U.T.I MÓVEL – Compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Projeto Básico.

2.15. REMOÇÃO - Deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Projeto Básico.

2.16. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

2.17. CO-PARTICIPAÇÃO – É o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas médicas, procedimentos ambulatoriais, exames básicos e especiais serviços de apoio/diagnostico e terapia.

III - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares:

3.1.1. Os servidores ativos, inativos e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC;

3. 2. São considerados beneficiários dependentes:

3.2.1. Cônjuge ou companheiro(a) de união estável;

3.2.2. O companheiro ou a companheira na união homo afetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

3.2.3. A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

3.2.4. Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

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

3.2.6. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 3.2.4. e 3.2.5;

3.2.7. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos servidores ativos e inativos do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados.

3.3. A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3.3.1. São considerados como beneficiários para a situação de agregados, os parentes descritos na tabela abaixo, de acordo com o Anexo I do Decreto 6.906, de 21 de julho de 2009.

PARENTES EM LINHA RETA

GRAU	**CONSANGUINIDADE**	**AFINIDADE (vínculos atuais)**
1º	Pai/mãe, filho/filha do beneficiário	Sogro/sogra, genro/nora; Madrasta/padrasto, enteado/enteada do beneficiário
2º	Avó/avô, neto/neta do beneficiário	Avô/avó, neto/neta do cônjuge ou companheiro do beneficiário
3º	Bisavô/bisavó, bisneto/bisneta do beneficiário	-

PARENTES EM LINHA COLATERAL

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	-	-
2º	Irmão/irmã do beneficiário	Cunhado/cunhada do beneficiário
3º	Tio/tia, sobrinho/sobrinha do beneficiário	

3.4. Somente o servidor ativo e inativo do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

IV - DO AUXÍLIO E NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

4.1. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, nas seguintes condições:

a) Que aderir ao plano de assistência à saúde oferecido pelo Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, constante deste Projeto Básico;

b) Que tenha contratado plano de saúde particular, desde que atenda às coberturas mínimas do de Referência – I, da Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, devendo apresentar declaração da operadora.

4.2. O auxílio será consignado no contracheque do titular do beneficio optante da alínea “b” do item 4.1. que será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, do comprovante do pagamento do Plano de Saúde, desde que apresentada à Diretoria de Gestão de Pessoas, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

4.3. O beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia, o percentual de 20% de acordo com os valores da de Referência por Operadora, vigente à data do evento.

4.4. A participação no custo dos serviços utilizados não poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, até regulamentação específica da matéria, e deverá ser cobrada por autorização de débito em conta corrente ou boleto bancário.

4.5. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

V- DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1. A inclusão dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa junto à Diretoria de Gestão de Pessoas.

5.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Projeto Básico.

5.3. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Beneficios, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, se for o caso, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.4. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC que ingressarem após a data a que se refere o subitem 5.3 disporão do prazo de 30

(trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes no Plano de Assistência à Saúde, se for o caso, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.5. Quando autorizados pela Administradora de Beneficios, os beneficiários agregados que não aderirem nos prazos estipulados nos itens 5.3. e 5.4. cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5, observado que o ônus da inclusão é de responsabilidade total do titular, o qual terá o valor integral descontado em folha de pagamento ou boleto.

5.6. Os pensionistas disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Beneficios, para solicitarem as suas inclusões nos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.7. Os pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano junto a Diretoria de Gestão de Pessoas, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.8. Os servidores ativos do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também dos seus dependentes e agregados.

5.9. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC no Plano de Assistência à Saúde (por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade) terão

o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, após o fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 7.1.5.

5.10. Fica sujeita à carência prevista no subitem 7.1.5 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo servidor ativo e inativo do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC e pensionistas, ou por perda da condição de dependente.

5.11. Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

5.12. É garantida a manutenção no Plano de Saúde dos servidores ativos e inativos do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, exonerados, após a perda do vínculo com o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

5.13. Poderá a Administradora de Benefícios, manter o servidor requisitado, como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

5.14. A solicitação de inscrição de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, sendo essas datas consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO VIGÊNCIA

1º ao 15º dia: 1º dia do mês subsequente.

16º ao 30º dia: 1º dia do 2º mês subsequente.

5.15. A solicitação de exclusão de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, sendo essas datas consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE EXCLUSÃO VIGÊNCIA

1º ao 15º dia: 1º dia do mês subsequente.

16º ao 30º dia: 1º dia do 2º mês subsequente.

5.16. Caberá ao Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

VI - DO DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

6.1. A exclusão do titular do Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

6.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

6.3. Ressalvadas as situações previstas no item 6.1. A Administradora de Beneficios poderá promover a rescisão unilateral do Termo de Contrato de Credenciamento do servidor ativo e inativo, seus dependentes e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC por fraude ou inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Termo de Contrato de Credenciamento, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

6.4. É de responsabilidade dos servidores ativos e inativos e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, solicitar, formalmente, à Diretoria de Gestão de Pessoas, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

6.5. Os servidores ativos e inativos e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, excluído do Plano de Assistência à Saúde será responsável pela devolução imediata à Diretoria de Gestão de Pessoas de sua carteira de identificação, de seus dependentes e demais vinculados, se houver.

6.6. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

VII - DA CARÊNCIA

7.1. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos beneficios do Plano de Assistência à Saúde:

7.1.1. Os usuários inscritos na forma regulamentada no item V;

7.1.2. Em situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do usuário à Administradora de Beneficios;

7.1.3. Consultas médicas;

7.1.4. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

7.1.5. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item IV, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:

a) exames clínicos e patológicos – 15 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde;

b) demais exames e tratamentos - 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde; (art. 12, inciso V, alínea a da L ei 9.656/1998)

c) internações hospitalares - 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde; (art. 12, inciso V, alínea a da L ei 9.656/1998)

d) partos - 300 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde. (Art. 12, inciso V, alínea a da L ei 9 .656/1998)

VIII - DOS BENEFÍCIOS

As operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 10, 11 e 12 de 1998 e demais normas vigentes.

8.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, observados os seguintes serviços:

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

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

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

8.2. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia ambulatorial;
- radioterapia (megavoltagem, cobalto terapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- hemoterapia ambulatorial;
- cirurgia o Galmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
- tratamento fisioterápico;
- tratamento fonoaudiológico;

8.3. Tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11 de 1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, abrangendo:

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

8.3.2. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) sessões, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato, não cumulativas;

8.3.3. Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

8.4. Nos Serviços Hospitalares:

8.4.1. 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 urgência e emergência, e inclui:

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

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

8.4.4. Diária de internação hospitalar;

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

8.4.6. 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;

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

8.4.8. 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;

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

8.4.10. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

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

8.4.12. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

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

8.4.14. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

8.4.15. 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.

8.4.16. 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 a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

8.4.17. 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.

8.4.18. 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.

8.4.19. Cirurgia plástica reparadora, quando necessária à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico.

8.4.20. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessários, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território nacional, utilizando-se dos meios de controle de transporte mais convenientes;

8.4.21. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- quimioterapia;

- radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- embolizações e radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- fisioterapia;
- próteses intraoperatórias;
- material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
- transplantes de rins e córneas serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- procedimentos obstétricos;
- acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim exceto medicação de manutenção.

8.4.22. Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do beneficio, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

8.5. Nos atendimentos psiquiátricos:

8.5.1. No tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11, de 1998 e normas complementares incluídas os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendendo:

a) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) o custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

c) atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfringidas;

d) e todos os demais casos previstos na Resolução CONSU n° 11, de novembro de 1998;

e) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);

f) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);

g) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

IX- DAS EXCLUSÕES

9.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

9.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

9.1.2. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

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

9.1.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

9.1.5. Inseminação artificial;

9.1.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

9.1.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (Sopas), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

9.1.8. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

9.1.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

9.1.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

9.1.11. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;

9.1.12. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

9.1.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

9.1.14. Aplicação de vacinas preventivas;

9.1.15. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

9.1.16. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

9.1.17. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

9.1.18. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

9.1.19. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

9.1.20. Cobertura não prevista no caso da UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

9.1.21. Hospital de alto custo.

X- DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

10.1. Nos atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

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

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

10.1.3. 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:

10.1.4. 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;

10.1.5. Caberá as operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício 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.

XI – DO REEMBOLSO

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

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

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

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

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

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

- Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- Recibos de pagamento dos honorários médicos;
- Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

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

XII – DA REMOÇÃO

12.1. 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.

12.2. 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:

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

12.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Beneficios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

12.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 11.1.5. a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

XIII – DAS ACOMODAÇÕES

13.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

13.1.1. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermaria.

13.1.2. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, com cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho.

13.2. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

13.3. Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

13.4. Desde que atenda aos requisitos básicos de oferta de planos previstos neste Projeto Básico, a Administradora de benefícios poderá, de forma complementar, também ofertar ***outros planos de saúde e /ou odontológicos*** aos servidores ativos, inativos e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC e a seus dependentes.

XIV – REDE CREDENCIADA

14.1. A Administradora de Benefícios deverá manter, nas dependências do Edifício Sede do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, em Rio Branco/AC, durante o período de adesão, posto de apoio para atendimento aos servidores. Para os campi do IFAC sediados nas Cidades de abrangência da Instituição, o referido posto deverá ser disponibilizado somente durante o prazo estipulado no subitem 5.3. visando facilitar a coleta das propostas de adesão.

14.2. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, referenciada no item 2.8.

XV – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

15.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

a) apresentar aos Beneficiários do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, no mínimo 01 (uma) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS;

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

c) realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, seja através de videoconferência, material digital e demais meios, junto aos beneficiários do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC;

d) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Contrato de Credenciamento;

e) exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto ao Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

f) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

g) assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;

h) efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

i) visando a prestação de contas da alínea "l", as Administradoras de benefícios deverão apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde;

j) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora;

k) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

l) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC;

m) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

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

o) as administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RDC ANS nº 64/2001;

p) as administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

15.2. São obrigações das Operadoras:

Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Contrato de Credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução 10/98 de 3/11/1998, alteradas pelas Resoluções 67/2001, 81/2001 e 167/2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

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

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

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

I - Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiaisespeciais;

II - Recibos de pagamento dos honoráriosmédicos;

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

IV - Laudo anatomopatológico da lesão, quando for ocaso.

e) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

f) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência;

g) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

h) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Beneficios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);

i) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Contrato de Credenciamento com a Administradora de Beneficios;

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

k) deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

15.3. São obrigações do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC:

a) colocar à disposição da Administradora Beneficios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

b) permitir à Administradora Beneficios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

c) permitir aos profissionais da Administradora de Beneficios o acesso às dependências do edificio sede da Reitoria do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC e nos Campus, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos beneficios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Contrato de Credenciamento;

d) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios a divulgação por meio de videocoferencias e outros meios de comunicação virtual, mediante prévio comunicado, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

e) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Contrato de Credenciamento, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;

f) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes.

XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações. (Art. 11, inciso V, alínea a, da Lei 9.656/1998)

16.2. 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.

16.3. A Operadora deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Contrato de Credenciamento, da facilidade de Atendimento via Telefone para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

16.4. As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Diretoria de Gestão de Pessoas observado o constante do item V deste

Projeto Básico. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

16.5. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-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, de 1998.

16.6. Não caberá às operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem danos à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

16.7. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

16.8. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde.

16.9. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderá(ao) exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

16.10. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios 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.

16.11. 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.

16.12. 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.

16.13. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra 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.

16.14. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios durante período de internação de 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.

16.15. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

16.16. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais 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.

16.17. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

16.18. Os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria de Gestão de Pessoas, em conjunto com a Administradora de Benefício.

ANEXO II

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

(EDITAL N° XX/2020)

A instituição (razão social), com sede à (quadra, rua, etc.) da cidade (nome da cidade, UF, CEP), neste ato representada pelo(s) (diretores ou sócios, com qualificação completa – nome, RG e órgão expedidor, CPF, nacionalidade, estado civil, profissão e endereço) que a este subscreve(m), vem solicitar seu

credenciamento para prestação de serviços na(s) área(s) de (descrever área e serviços conforme procedimentos integrantes do Anexo VI).

Concordamos em nos submeter a todas as disposições constantes no Edital nº _____, assim como todos os seus anexos, às normas constitucionais e legais que regem

OBS: Anexar à presente proposta, obrigatoriamente:

1. Relação de serviços que serão prestados;

2. Documentação descrita no item 8, do Edital.

_____

NOME E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS DA HABILITAÇÃO

(EDITAL Nº 01/2020)

Rio Branco/AC, _____ de _____ de _____.

Ref. Seleção para Credenciamento Edital nº (número do Edital) Proponente: (razão social da instituição proponente)

Declaramos, sob as penalidades legais, a inexistência de fatos supervenientes impeditivos da habilitação ou que comprovem a inidoneidade da proponente, nos termos do § 2º do art. 32 e do art. 97 da Lei Federal Nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações subsequentes, relativamente ao Edital em epígrafe.

_____

NOME E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO IV

COMPROVAÇÃO DE ATENDIMENTO DO INC. XXXIII DO ART. 7º DA CF

DECLARAÇÃO

(EDITAL Nº XX/2020)

Seleção para Credenciamento Edital nº (número do Edital) (razão social da instituição proponente), 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 Le i nº 8.666 , de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, 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 ( ).

RIO BRANCO/AC, ____ DE _____ DE _____.

_____

(NOME E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO)

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

ANEXO V

DECLARAÇÃO

(EDITAL Nº XX/2020)

(razão social da instituição proponente), 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, que não há servidor público participando da gerência ou administração desta instituição ou sociedade civil(**quando for o caso**), exceto na qualidade de acionista, quotista ou comanditário(**quando for o caso**), que não há pessoas ocupantes de cargo de chefia ou função de confiança entre os proprietários, administradores e dirigentes desta instituição ou entidade.

RIO BRANCO/AC, ____ DE _____ DE _____.

_____

(NOME E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO)

ANEXO VI

MODELO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DECLARAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL, SOCIAL E ECONÔMICA
(PAPEL TIMBRADO OPCIONAL)

EDITAL N° 01/2020 - IFAC	PROCESSO N° 0094427.00001692/2020-25

_____ (Razão Social), inscrita no CNPJ sob o n° _____, por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade n° _____ e do CPF n° _____, DECLARA se comprometer com a responsabilidade e sustentabilidade ambiental, social e econômica, bem como a adesão às normas que vierem a ser estabelecidas, de acordo com a legislação e os critérios estabelecidos pela Instrução Normativa nº 01, de 19 de janeiro de 2010, da Secretária de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

..... de ..... de 2020.

Nome:

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DO FORNECEDOR DE NÃO UTILIZAÇÃO DE MÃO-DE-OBRA INFANTIL

A empresa ....., inscrita no CNPJ nº ....., DECLARA, em atendimento ao previsto no edital de **Credenciamento nº xx/2020**, que não possui em seu quadro de pessoal empregados menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

Declara possuir menores a partir de 14 anos como aprendizes?

	Sim.		Não.

Local e data

_____

Assinatura e carimbo
(representante legal)

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DO FORNECEDOR DE NÃO UTILIZAÇÃO DE TRABALHO DEGRADANTE OU FORÇADO

A empresa ....., inscrita no CNPJ nº ....., declara que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art.1° e no inciso III do art.5° da Constituição Federal

Local e data

_____

Assinatura e carimbo
(representante legal)

ANEXO IX

MINUTA DE TERMO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO Nº 0094427.00001692/2020-25

TERMO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº ___/2020

TERMO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO QUE, ENTRE SI,

CELEBRAM O INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ACRE – IFAC, E....., NA FORMA ABAIXO:

O **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC**, autarquia Federal vinculada ao Ministério da Educação – MEC, situado na Rua Coronel José Galdino, 495, Bairro do Bosque, cidade de Rio Branco – AC, CEP: 69.900-640, inscrito com o CNPJ sob o nº 10.918.674/0001-23, representado pela Magnífico (a) Reitor (a) Rosana Cavalcante dos Santos, nomeada pelo Decreto Presidencial de 13 de abril de 2016, publicado no DOU, nº 71, seção 2, página 1, de 14/04/2016, portadora da Carteira de Identidade nº 222.642 SSP/AC e CPF n.º 411.788.742-49, domiciliada e residente em Rio Branco/ AC, doravante denominado (a) CONTRATADA, de um lado, e de outro a empresa **.....**, estabelecido(a) _____, inscrito(a) no CNPJ/MF sob o nº _____, neste ato, representado(a) pelo seu _____ (cargo), Senhor(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, expedida pela _____, e inscrito no CPF sob nº _____, têm justo e acordado o presente TERMO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO, na forma disciplinada na Lei nº 9.656, de 1998 e Resolução 10 de 1998 de 3 de novembro de 1998, alterada pelas Resoluções 67 e 81 de 2001 e Resolução 167 de 9 de janeiro de 2008 e pela Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, mediante as condições previstas nas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Termo, **sem ônus financeiro para o IFAC,** tem o objetivo de fornecer ao servidor e a seus familiares os meios necessários para a garantia de sua saúde, com vistas à composição de um quadro funcional saudável, motivado e produtivo, por meio **do credenciamento de Administradora de Benefícios** objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 01 (uma) operadora de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com a finalidade de ter a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, em todas as suas unidades, localizadas nas cidades de Rio Branco, Sena Madureira, Xapuri, Cruzeiro do Sul e Tarauacá para cobertura em âmbito estadual, de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

1.2. Este instrumento de Contrato guarda inteira conformidade com os termos do Edital de Credenciamento nº xx/2020, do Termo de Referência - anexo do Edital e do Processo nº 0094427.00001692/2020-25, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1. As obrigações da CONTRATANTE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo do Edital.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFÍCIOS

3.1. Os BENEFICIÁRIOS são aqueles previstos no Termo de Referência, anexo do Edital.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA

4.1 – O presente Termo de Contrato de Credenciamento com as Administradoras de Benefícios tem vigência de 12 (doze) meses, a contar da data de sua assinatura, renováveis até o limite do inciso II do art. 57 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA QUINTA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

5.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do IFAC, 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.
5.2. 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 SEXTA – DAS PENALIDADES

6.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Contrato, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:
6.1.1 advertência por escrito;
6.1.2 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;
6.1.3 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;
6.2 Suspensão temporária do Termo de Contrato, por prazo não superior de um ano, devidamente justificada pela fiscalização do Termo;
6.3 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;
6.4 As sanções previstas nos subitens 6.1.1 e 6.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 6.2.e 6.3, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;
6.5 São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Contrato, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao IFAC apuradas em processo administrativo.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PORTABILIDADE

7.1. A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº252/2011 e alterações posteriores).

CLÁUSULA OITAVA – DO SIGILO DE INFORMAÇÕES

8.1. Todas as informações gerenciadas pela CONTRATADA deverão ser tratadas como confidenciais, sendo vedada qualquer divulgação a terceiros.

8.1.1. No caso de violação do compromisso de confidencialidade, sujeita-se-á a CONTRATADA à indenização por perdas e danos patrimoniais e morais e/ou lucros cessantes decorrentes da quebra do sigilo, salvo se ficar comprovado que a divulgação ocorreu por motivo de caso fortuito ou força maior, obrigação legal ou inexistência de culpa ou dolo.

CLÁUSULA NONA – VINCULAÇÃO DO ACORDO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

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

9.2. Este Acordo vincula-se ao Edital de Credenciamento n. xx/2020, bem como à proposta da Administradora de Benefícios.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1 – Sempre que necessário, as cláusulas deste Termo de Contrato de Credenciamento, poderão sofrer alterações, mediante Termo Aditivo, celebrado entre os Partícipes, passando esses termos a fazer parte integrante deste instrumento como um todo, único e indivisível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS RESCISÃO

11.1. A rescisão deste contrato poderá ocorrer a qualquer tempo, por parte das CONTRATANTES, bastando para tanto a comunicação formal, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

11.2. Em caso de descumprimento, por qualquer uma das partes, de qualquer cláusula prevista neste contrato, ocorrerá a rescisão automática deste, bastando para tal uma comunicação formal, por escrito, em até 7 (sete) dias corridos da data da infração.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS VEDAÇÕES

12.1. É vedado à CONTRATADA:

12.1.1. caucionar ou utilizar este Termo de Contrato para qualquer operação financeira;

12.1.2. interromper a execução dos serviços sob alegação de inadimplemento por parte da CONTRATANTE, salvo nos casos previstos em lei.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PRERROGATIVAS DA CONTRATANTE

13.1. A CONTRATANTE poderá modificar unilateralmente este Contrato, com as devidas justificativas, nos termos do art. 65, da Lei nº 8.666/93, para melhor adequação às finalidades do interesse público, respeitando todos os direitos da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO REAJUSTE

14.1 Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do IFAC poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora.

14.2 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados pela Administradora de Benefícios comunicando ao IFAC, por intermédio da Gestão de Pessoas do IFAC.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

15.1. A publicação de extrato do presente instrumento no Diário Oficial da União será providenciada pela Administração Pública Federal até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à data de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias a partir daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Os casos omissos e/ou situações contraditórias deste Termo de Contrato de Credenciamento deverão ser solucionados pela via administrativa. Casos os conflitos não sejam dirimidos pela via administrativa sê-lo-ão através da Justiça Federal, Seção Judiciária de Rio Branco - AC.

E por estarem justos e de acordo, os Partícipes firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, perante as testemunhas que também o subscrevem, para que produza os legítimos efeitos de direito.

Rio Branco-AC, ____de _____ de 2020.

_____

Rosana Cavalcante dos Santos
Reitora - IFAC
CONTRATANTE

_____

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

TESTEMUNHAS:

_____ _____

NOME: NOME:

CPF: CPF:

ANEXO X - TERMO DE RESPONSABILIDADE SEI

PROCESSO SEI Nº 0094427.00001692/2020-25

Edital de Credenciamento Nº xx/2020

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DO SEI NO IFAC

Pelo presente termo, eu, _____,

CPF _____, identifico-me junto ao **IFAC**, para utilização do código de acesso (LOGIN) e senha para inserção de dados dos processos controlados e disponibilizados no endereço eletrônico do Sistema Eletrônico de Informação (SEI-IFAC) https://sei.ifac.edu.br.

Declaro ter conhecimento das responsabilidades advindas do recebimento do LOGIN de acesso ao SEIIFAC e senha, para o exercício de minha função, a saber:

a) O SEI-IFAC é monitorado por meio de LOGIN que permitem identificar e rastrear o uso e o mau uso dos mesmos, em caráter de segurança e sigilo do Sistema.

b) A senha é personalíssima e intransferível, o que acarreta minha responsabilidade pessoal por todo e qualquer prejuízo decorrente de sua cessão proposital a terceiros ainda que em caráter emergencial ou por necessidade de serviço. Inclui no conceito de terceiros: outros servidores, superiores hierárquicos ou subordinados.

c) Constitui mau uso da referida senha sua utilização para fins estranhos à minha competência funcional ou para fins de acesso à dados e informações estranhas à finalidade pública da referida ferramenta; a utilização, pelo mesmo modo, da senha designada para outrem, ainda que de boa fé e para fins lícitos; a utilização da senha de outrem com a finalidade de interferir na gestão do Sistema auferindo ou produzindo vantagens pessoais, causando ou imputando prejuízo a outrem de qualquer espécie.

d) Poderei responder civil, criminal e administrativamente pelo empréstimo e uso indevido da senha, conforme previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Pessoa responsável pela senha:	
RG:	Emissor:
CPF:	E-mail:
Local:	Data:
Assinatura	

Documento assinado eletronicamente por **Amarildo Jesus Teles Contreiras**, **Presidente**, em 02/07/2020, às 19:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ifac.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0198902** e o código CRC **D7CC3EF8**.