



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>

TERMO DE REFERÊNCIA

Processo nº 0094427.00001692/2020-25

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 enfermagem, 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 benefício (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 Credenciamento/Acordo** 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. UTI 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/diagnóstico 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 madrastra, 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 INDENIZATÓRIO E CO-PARTICIPAÇÃO 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 Termo de Referência – Anexo 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 benefício 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 Tabela 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 Benefícios, 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 Benefícios, 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 Benefícios, 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 Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do Termo de Acordo 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 Acordo, 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 benefícios 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 Benefícios;

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 [Lei 9656/1998](#))

c) internações hospitalares - 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde; (art. 12, inciso V, alínea a da [Lei 9656/1998](#))

d) partos - 300 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde. (Art. 12, inciso V, alínea a da [Lei 9656/1998](#))

VIII - DOS BENEFÍCIOS

As operadoras de plano 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 oftalmológica 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 físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

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/convênio, 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 benefício, 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/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) o custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato/convênio 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 nº 11, de novembro de 1998;
- e) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, 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/convênio, 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 plano 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 plano 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 plano 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 Benefício 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 Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

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 junto aos beneficiários do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Acre - IFAC, seja através de videoconferência, material digital e demais meios;

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

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 “I”, 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 plano 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 OBRIGAÇÃO DAS OPERADORAS

Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, 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 plano 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 plano 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 plano 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 materiais especiais;

II - Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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 o caso.

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 Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);
- i) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios;
- j) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênicas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- k) deverá possuir a facilidade de um canal de atendimento, tipo “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 Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) permitir à Administradora Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências do edifício 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 benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios a divulgação por meio de videoconferências e outros meios de comunicação virtual, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- e) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, 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 congênicas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações. (Art. 11, inciso V, alínea g da [Lei 9656/1998](#))

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 Acordo, 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 ou convênio, 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.



Documento assinado eletronicamente por **Leandro da Silva Costa, Membro da Equipe de Planejamento da Contratação**, em 22/06/2020, às 10:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amarildo Jesus Teles Contreiras, Membro da Equipe de Planejamento da Contratação**, em 22/06/2020, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Nunes Noé, Membro da Equipe de Planejamento da Contratação**, em 22/06/2020, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosicleia da Cunha Souza, Membro da Equipe de Planejamento da Contratação**, em 22/06/2020, às 15:49, 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 **0194381** e o código CRC **DF35DB8A**.