

PROJETO BÁSICO

1. DO OBJETO

Contratação de empresa especializada na prestação de serviços continuados em assistência médico-hospitalar através de plano de saúde para atendimentos de urgência e emergência a nível nacional e rede de recursos para atendimento normal e emergencial no Estado do Rio Grande do Sul, ao atual quadro de empregados e ex-empregados do CRECI/RS, e aos dependentes de ambos, bem como os possíveis aderentes na condição de admitidos após o início da vigência do contrato, e seus dependentes, com cobertura de despesas na assistência médica, hospitalar, métodos complementares de diagnóstico e tratamento e serviços auxiliares, nas segmentações de atendimento clínico, ambulatorial, laboratorial, internação hospitalar e atendimento obstétrico, conforme a Lei 9.656/98 e suas alterações e Resolução Normativa 279/2011 da Agência Nacional de Saúde, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Estudo Técnico Preliminar.

2. 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 e pensionistas.
- 2.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – membros e servidores ativos e aposentados, os ocupantes de cargo ou função de direção ou chefia, os ocupantes de cargo de Natureza Especial, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados e os pensionistas da do CRECI/RS.
- 2.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.
- 2.4. PENSIONISTA – beneficiário de pensão de instituidores de pensão, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.
- 2.5. AGREGADO – membro do grupo familiar do beneficiário titular, que não atende à condição de dependente, na forma estabelecida no item 3.4 deste Projeto Básico.
- 2.6. AUXÍLIO INDENIZATÓRIO – valor devido ao beneficiário titular, para custeio parcial de seu benefício e de seus dependentes, mediante ressarcimento consignado no contracheque do mês subsequente à apresentação pelo servidor do comprovante de pagamento do plano de saúde.

- 2.7. REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde , inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
- 2.8. ABRANGÊNCIA DA REDE – localidades em que o Programa de assistência à saúdes, deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica do CRECI/RS, em todo o território nacional, ou a critério do servidor na forma disciplinada neste Projeto Básico.
- 2.9. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 338, de 21/10/2013, e demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.
- 2.10. TIPOS DE PLANOS – A empresa especializada na prestação de serviços continuados em assistência médico-hospitalar deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e/ou sem co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.
- 2.11. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.
- 2.12. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante conforme item 3.3.7 do Termo de Referência da Portaria Normativa SRH/MP nº 5/2010.
- 2.13. PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.
- 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, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.
- 2.16. CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

3. DOS BENEFICIÁRIOS

- 3.1. São considerados beneficiários titulares membros e servidores ativos e aposentados, os ocupantes de cargo ou função de direção ou chefia, os ocupantes de cargo de Natureza Especial, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados e os pensionistas do CRECI/RS.
- 3.2. São considerados beneficiários dependentes:
 - 3.2.1. o cônjuge ou companheiro(a) em união estável;
 - 3.2.2. o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, 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, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, 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. a existência de dependentes constantes nos itens 3.2.1 e 3.2.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 3.2.3;
 - 3.2.8. o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos beneficiários titulares, conforme declaração anual de imposto de renda e, ainda, que constem no respectivo assentamento funcional, desde que o beneficiário titular assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados;
- 3.3. Somente o membro ou servidor ativo ou aposentado, os ocupantes de cargo ou função de direção ou chefia, os ocupantes de cargo de Natureza Especial, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os servidores requisitados do CRECI/RS o poderão inscrever beneficiário na condição de dependentes;

4. CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

- 5.1. O beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia, no percentual definido pela Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento.
- 5.2. A participação no custo dos serviços utilizados poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, mediante autorização de

débito em conta corrente, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

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

6. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- 6.1. A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a empresa especializada na prestação de serviços continuados em assistência médico-hospitalar
- 6.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Projeto Básico.
- 6.3. O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da empresa especializada na prestação de serviços continuados em assistência médico-hospitalar, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 8.3.
- 6.4. O Beneficiário Titular que ingressar no CRECI/RS após a data a que se refere o subitem 5.3, disporá do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrar em exercício, para solicitar a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências estabelecidas no subitem 8.3.
- 6.5. Os membros e servidores ativos permanentes do CRECI/RS, incluídos no Programa de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também a dos seus dependentes.
- 6.6. Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos e inativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Programa de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 8.3.
 - 6.6.1. Aqueles que perderem a condição de elegibilidade poderão seguir a regra do subitem 3.4.1.
- 6.7. Fica sujeita à carência prevista no subitem 8.3 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular, ou por perda da condição de dependente.
- 6.8. Em nenhuma hipótese poderá qualquer usuário usufruir mais de um

plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do CRECI/RS.

- 6.9. É garantida aos membros e servidores exonerados de cargos de natureza especial e de cargos comissionados a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o CRECI/RS, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.
- 6.10. Poderá a Administradora de Benefícios, manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o CRECI/RS, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.
- 6.11. A solicitação de inscrição de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INÍCIO DE VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

- 6.12. A solicitação de exclusão de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

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

- 6.13. Caberá ao CRECI/RS a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos membros e servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pela empresa especializada na prestação de serviços continuados em assistência médico-hospitalar.

7. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- 7.1. A exclusão do titular no Programa 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, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.
- 7.2. Os beneficiários excluídos do Programa de Assistência à Saúde do CRECI/RS serão responsáveis pela devolução imediata à empresa

especializada na prestação de serviços continuados em assistência médico-hospitalar de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

8. DA CARÊNCIA

- 8.1. Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde:

- 8.1.1. dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 6;
- 8.1.2. em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.
- 8.1.3. para consultas médicas.

- 8.2. 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.

- 8.3. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 6, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

9. DA PORTABILIDADE

- 9.1. A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

10. DOS BENEFÍCIOS

- 10.1. As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefício 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, RN 338, de 21/10/2013.

11. DAS EXCLUSÕES

- 11.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

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

- 11.2.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 11.2.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 11.2.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 11.2.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 11.2.5. inseminação artificial;
- 11.2.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

- 11.2.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 11.2.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 11.2.9. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 11.2.10. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 11.2.11. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 11.2.12. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 11.2.13. aplicação de vacinas preventivas;
- 11.2.14. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 11.2.15. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 11.2.16. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 11.2.17. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 11.2.18. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

12. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- 12.1. Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:
 - 12.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
 - 12.1.2. 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.
 - 12.1.3. 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:
 - 12.1.4. 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;

- 12.1.4.1. Caberá às 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.
- 12.2. Excepcionalmente, o beneficiário poderá contratar plano que contenha cláusula de extensão da cobertura assistencial, por prazo determinado, limitado a 30 dias, no caso de urgência e emergência quando em serviço fora da área de abrangência ou no exterior.

13. DO REEMBOLSO

- 13.1. 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:
 - 13.1.1. 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;
 - 13.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
 - 13.1.3. 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.
 - 13.1.4. 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 contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
 - 13.1.5. 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:
 - 13.1.6. 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;
 - 13.1.7. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

- 13.1.8. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- 13.1.9. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 13.1.10. 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.

14. DA REMOÇÃO

- 14.1. 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.
- 14.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência, 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:
 - 14.2.1. 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;
 - 14.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre e aérea, nos casos em que houver disponibilização pelas operadoras contratadas e o beneficiário tiver contratado produto que contemple esse benefício, 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;
 - 14.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 12.1.4.1, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

15. DAS ACOMODAÇÕES

- 15.1. 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:
 - 15.1.1. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.
 - 15.1.2. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante conforme item 3.3.7 do Termo de Referência da Portaria Normativa SRH/MP nº 5/2010.

- 15.1.3. PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.
- 15.2. 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.
- 15.3. Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e/ou sem a co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.
- 15.4. A Administradora de Benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Projeto Básico, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na Portaria Normativa SRH/MP nº 5/2010.

16. DA UTI MÓVEL (Pronto Socorro Móvel)

- 16.1. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.
- 16.2. São considerados quadros clínicos de emergência:
- a) cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;
 - b) respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;
 - c) neurológicos - síncope, convulsão, coma;
 - d) comas metabólicos;
 - e) politraumatismos graves;
 - f) afogamentos;
 - g) choques elétricos;
 - h) intoxicações graves;
 - i) anafilaxia; e
 - j) toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.
- 16.3. A solicitação do atendimento deverá ser requerida através de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções durante as 24 horas, em todos os dias.

17. REDE CREDENCIADA

- 17.1. A Administradora de Benefícios deverá manter, nas dependências do Edifício Sede do CRECI/RS, durante o prazo estipulado no subitem 6.3, visando a facilitar a coleta das propostas de adesão. **OU** Administradora de Benefícios deverá manter, nas dependências do Edifício Sede do CRECI/RS, um representante até 03 (três) vezes por semana quando solicitado pelo contratante durante o prazo de 30 (trinta) dias, visando a facilitar a coleta das propostas de adesão.
- 17.2. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área de abrangência Nacional, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.
- 17.3. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em abrangência Nacional.
- 17.4. Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

18. DAS OBRIGAÇÕES

- 18.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:
- a) disponibilizar aos Beneficiários do CRECI/RS, no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS que disponibilizem cobertura nacional, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais.
 - b) fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;
 - c) realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do CRECI/RS;
 - d) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;
 - e) exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto ao CRECI/RS, 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, emendar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;

- h) efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) 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;
- j) apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde, visando à prestação de contas da alínea “I”;
- k) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora;
- l) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- m) executar, quando solicitado pelo CRECI/RS, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para o CRECI/RS;
- n) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;
- o) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- p) 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;
- q) proteger os sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN ANS 255/2011;
- r) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- s) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:
 - I – Perfil Demográfico da Carteira;
 - II – Relatório de sinistralidade;
 - III – Indicadores sobre a Utilização;
 - a) Beneficiários;
 - b) Prestadores.
 - IV – Casos Crônicos e de Risco;
 - a) Identificação de casos Crônicos;

b) Descrição das Patologias.

18.2. São obrigações das Operadoras

18.2.1. Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 338, de 21 de outubro de 2013; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- 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 contratadas pela administradora de benefícios, 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:
 - a. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
 - b. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
 - c. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
 - d. 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,

desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

- g) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos 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);
- i) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- j) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a alínea “v” do item 17.1;
- k) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- l) deverá possuir a facilidade “**disque 24 horas**”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

18.3. São obrigações do CRECI/RS:

- 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 do CRECI/RS, 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) acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;
- e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as Administradoras.

19. REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

19.1. As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar Termo de Acordo com o CRECI/RS deverão cumprir as seguintes condições:

- 19.1.1. Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;
- 19.1.2. 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 CRECI/RS, contemplando as regras estabelecidas neste Projeto Básico, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
- 19.1.3. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;
- 19.1.4. Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;
- 19.1.5. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- 19.1.6. Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, relativa ao 2º trimestre de 2015, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;
- 19.1.7. 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;
- 19.1.8. Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do CRECI/RS, na forma exigida neste Termo;
- 19.1.9. A Administradora apresentará ao CRECI/RS o 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 Acordo que vier a ser assinado com o CRECI/RS;

20. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

- 20.1. O prazo de vigência do credenciamento será pactuado no contrato de adesão.
- 20.2. 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 CRECI/RS 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, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).
- 20.3. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e CRECI/RS, por intermédio do Departamento de Gestor do Contrato com apoio setor requisitante.

21. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

- 21.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do CRECI/RS 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.
- 21.2. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

Porto Alegre, 07 de maio 2021

Geison Alexandre B. Silva