



SISTEMA COFECI-CRECI
CRECI-RS
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
3ª REGIÃO - RS



SISTEMA
COFECI-CRECI
CONSELHO FEDERAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

ANEXO I. 1 ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

PROCESSO Nº: 2021.55.1419.25005

REQUERENTE: Departamento Pessoal

ASSUNTO: Plano de Saúde



SISTEMA COFECI-CRECI
CRECI-RS
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
3ª REGIÃO - RS



ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETO
3. NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO
4. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO
5. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS
6. ESTIMATIVAS DE PREÇO OU PREÇOS REFERENCIAIS
7. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO (SE APLICÁVEL)
8. DEMONSTRAÇÃO DO ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO DO ÓRGÃO
9. POSICIONAMENTO SOBRE A VIABILIDADE E RAZOABILIDADE DA CONTRATAÇÃO



1. INTRODUÇÃO

1.1 O que é estudo técnico preliminar?

O Estudo Técnico Preliminar é um documento constitutivo da primeira etapa do planejamento de uma contratação e tem por objetivo identificar e analisar os cenários para o atendimento da demanda, bem como demonstrar a viabilidade técnica e econômica das soluções identificadas, fornecendo as informações necessárias para subsidiar o respectivo processo de contratação.

1.2 Previsão legal

O ETP encontra-se previsto diretamente na Lei 14.133 de 1º de abril de 2021 que dispõe sobre as licitações públicas, tendo em seu corpo legal a elaboração dos Estudos Técnicos Preliminares para a aquisição de bens e a contratação de serviços e obras, no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional.

2. OBJETO

Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como **nas modalidades de Administradora de Benefícios visando à disponibilização de planos de saúde ou Operadoras de Plano de Saúde** para prestação 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 membros e servidores ativos e inativos do Conselho Regional de corretores de Imóveis 3ª Região, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; pela Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pela Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004 e Portaria Normativa nº 1, de 9/03/2017, SRH/MP, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

2.1 Da Administradora de Benefícios para planos de saúde

2.1.1 ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas



operadoras, com a qual o Conselho Regional de Corretores de Imóveis 3ª Região celebrará Termo de Credenciamento devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará, no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde nacionais, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais.

2.2 Da Operadora para planos de saúde

2.2.1 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 387, de 28/10/2015, Resolução Normativa nº 465, de 24/02/2021 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.

2.3 Dos demais envolvidos e definições

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

2.3.2 ABRANGÊNCIA DA REDE – localidades em que as operadoras, 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 nesse Estudo Técnico Preliminar.

2.4 Beneficiários

2.4.1 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 com vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados e os pensionistas do CRECI/RS.

2.4.2 São considerados beneficiários dependentes:

2.4.2.1 O cônjuge ou companheiro(a) em união estável;

2.4.2.2 O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

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

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

2.4.2.5 os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitan-



SISTEMA COFECI-CRECI
CRECI-RS
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
3ª REGIÃO - RS



SISTEMA
COFECI-CRECI
CONSELHO FEDERAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

temente, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

2.4.2.6 o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 2.4.2.4 e 2.4.2.5;

2.4.2.7 a existência de dependentes constantes nos itens 2.4.2.4 e 2.4.2.5 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 2.4.2.3;

2.4.2.8 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 assumam o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados;

2.4.3 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 e os servidores requisitados do CRECI/RS o poderão inscrever beneficiário na condição de dependentes;

2.4.4 A contratada poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde pertencente ao grupo familiar do beneficiário titular, desde que o titular assumam integralmente o respectivo custeio.

2.4.4.1 Para fins do item 2.4.3, são considerados membros do grupo familiar do membro ou servidor:

2.4.4.1.1 mãe, pai, madrasta e padrasto;

2.4.4.1.2 os filhos e enteados que não satisfaçam as condições dos itens 2.4.2.4 e 2.4.2.5;

2.4.4.1.3 os irmãos; e

2.4.4.1.4 os netos.

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

2.4.6 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, os servidores requisitados e os pensionistas da do CRECI/RS.

2.4.7 BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste ETP.

2.4.8 PENSIONISTA – beneficiário de pensão de instituidores de pensão, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste ETP.

2.4.9 AGREGADO – membro do grupo familiar do beneficiário titular, que não atende à condição de dependente.

2.5 Tipos de Planos

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

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

2.5.3 PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante conforme Portaria Normativa SRH/MP nº 1/2017.

2.5.4 PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

2.5.5 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.

2.5.6 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 e demais normas, para garantir os prazos máximos de atendimento.

2.5.7 As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefício, ou as Operadoras de Plano de Saúde contratadas 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 387/2015.

2.6 Das Urgências e Emergências

2.6.1 Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

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

2.6.1.2 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.

2.6.1.3 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:

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

2.6.1.3.2 Caberá às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício ou a própria Operadora de Plano de Saúde, caso seja a credenciada, 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.

2.6.1.4 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.



2.7 Do Auxílio Indenizatório

2.7.1 Os beneficiários titulares poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, pago mediante ressarcimento, por beneficiário, desde que, comprovadamente, o plano contratado atenda às coberturas mínimas exigidas na Portaria Normativa nº 1, de 9 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

2.7.2 O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo beneficiário titular, do comprovante do pagamento do plano de saúde, o qual deverá ser obrigatoriamente apresentado ao departamento Pessoal do CRECI/RS, até o quinto dia útil de cada mês, no caso de o pagamento não ser realizado por consignação em folha de pagamento.

2.8 Da Coparticipação nos Custeios dos Serviços

2.8.1 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.

2.8.2 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.

2.8.3 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.

2.9 Da Inclusão e da Reinclusão no Programa de Assistência à Saúde

2.9.1 A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios ou perante a Operadora de Plano de Saúde contratada diretamente.

2.9.2 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este ETP.

2.9.3 O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação, 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 2.10.3.

2.9.4 O Beneficiário Titular que ingressar no CRECI/RS após a data a que se refere o subitem 2.8.3, 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 2.11.6.

2.9.5 Os beneficiários agregados, na forma estabelecida no subitem 2.4.4

deste EPT, que não aderirem nos prazos estipulados dos subitens 2.9.3 e 2.10.4, cumprirão as carências estabelecidas no subitem 2.11.6.

2.9.6 Os pensionistas e demais beneficiários de titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto à Departamento Pessoal, após a publicação do ato de concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção.

2.9.7 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.

2.9.8 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 2.11.6.

2.9.9 Aqueles que perderem a condição de elegibilidade poderão seguir a regra do subitem 2.4.4.1.

2.9.10 Fica sujeita à carência prevista no subitem 2.11.6 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário Titular, ou por perda da condição de dependente.

2.9.11 Em nenhuma hipótese poderá qualquer usuário usufruir mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do CRECI/RS.

2.9.12 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.

2.9.13 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.

2.9.14 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.

2.9.15 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 contratada.

2.9.16 Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que obedecidas as condições estabelecidas pelas operadoras.

2.10 Do Desligamento do Plano de Assistência à Saúde

2.10.1 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.

2.10.2 No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Programa 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.

2.10.3 Ressalvadas as situações previstas no item 2.9.1 a contratada poderá promover a rescisão unilateral do contrato do Beneficiário Titular que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

2.10.4 É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente à contratada, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

2.10.5 Os beneficiários excluídos do Programa de Assistência à Saúde do CRECI/RS serão responsáveis pela devolução imediata à contratada de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

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

2.11 Da Carência

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

2.11.2 dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 2.9;

2.11.3 em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

2.11.4 para consultas médicas.

2.11.5 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.

2.11.6 Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 2.9, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

2.12 Das Exclusões

2.12.1 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.

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

2.12.2.1 tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

2.12.2.4 cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

2.12.2.5 inseminação artificial;

2.12.2.6 tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

2.12.2.7 tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

2.12.2.8 transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

2.12.2.9 fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

2.12.2.10 fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;

2.12.2.11 tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

2.12.2.12 casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

2.12.2.13 aplicação de vacinas preventivas;

2.12.2.14 necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

2.12.2.15 aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

2.12.2.16 aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

2.12.2.17 procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

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

2.13 Do Reembolso

2.13.1 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 ou pelas Operadoras de Planos de Saúde credenciados diretamente, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

2.13.1.1 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;

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

2.13.1.3 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.

2.13.1.4 Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício ou pelas Operadoras de Planos de Saúde credenciadas diretamente, 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;

2.13.1.5 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 ou pelas Operadoras de Planos de Saúde credenciadas diretamente os seguintes documentos:

2.13.1.5.1 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;

2.13.1.5.2 Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

2.13.1.5.4 Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

2.13.2 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.

2.14 Da Remoção

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

2.14.2 Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência, dar-se-á a remoção 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:

2.14.2.1 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;

2.14.2.2 As contratadas 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;

2.14.2.3 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 2.6.1.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

2.15 Das Acomodações

2.15.1 Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios ou das Operadoras de Planos de Saúde credenciadas diretamente, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

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

2.15.3 PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante conforme Portaria Normativa SRH/MP nº 1/2017.

2.15.4 PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

2.15.5 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.

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

2.15.7 A Administradora de Benefícios ou a Operadora de Plano de Saúde credenciada diretamente, poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Projeto Básico, outros planos



SISTEMA COFECI-CRECI
CRECI-RS
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
3ª REGIÃO - RS



de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na Portaria Normativa SRH/MP nº 1/2017.

2.16 Da UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel)

2.16.1 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 encontra, 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.

2.16.2 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.

2.16.3 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.

2.17 Da Rede Credenciada

2.17.1 A Administradora de Benefícios ou a Operadora de Plano de Saúde credenciada diretamente, deverá manter, nas dependências do Edifício Sede do CRECI/RS, durante o prazo estipulado no subitem 2.9.6, visando a facilitar a coleta das propostas de adesão. A credenciada 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.

2.17.2 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios ou as Operadoras de Plano de Saúde credenciadas diretamente 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.

2.17.3 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios ou as Operadoras de Plano de Saúde credenciadas



diretamente deverão oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em abrangência Nacional.

2.17.4 Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

3 NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

3.1 A assistência à saúde é um serviço a ser contratado e oferecido a todos os servidores ativos e inativos, assim como dependentes e pensionistas, com o objetivo de proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde, conforme previsibilidade no Art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

3.2 A assistência suplementar à saúde de servidor público federal e de seus familiares está regulamentada pelo Governo Federal na Portaria Normativa Nº 1, de 9 de março de 2017 do MPOG, que delibera sobre diferentes modalidades assistenciais, inclusive sobre a possibilidade de contratação de empresa operadora de saúde para o fornecimento de plano de saúde privado.

3.3 Destaca-se que os valores limites da participação da União para as despesas com saúde suplementar dos servidores públicos federais consta disciplinada na Portaria Nº 8, de 13 de janeiro de 2016 do MPOG.

3.4 O CRECI/RS iniciará o credenciamento objetivando a contratação de empresa Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios ou Operadora de Plano de Saúde, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, destinados aos empregados e dependentes de empregados constantes do quadro de pessoal do CRECI 3ª Região/RS.

3.5 Desta forma é necessária e justificada a celebração de contrato administrativo com empresa operadora na modalidade de Administradora de Benefício de saúde especializada no fornecimento de plano de saúde coletivo ou com a Operadora de Plano de Saúde.

4. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

4.1 Objeto

4.1.1 Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como **Administradora de Benefícios** ou **Operadora de Planos de Saúde**, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, 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 membros e servidores ativos e inativos do Conselho Regional de Corretores de Imóveis 3ª Região, seus dependentes, e pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais.

4.2 Descrição dos Serviços a Serem Executados

4.2.1 Contratação de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para atuar como Operadora na modalidade de Administradora de Benefícios ou Operadoras de Planos de Saúde, visando à disponibilização de planos de saúde, estando especificados nos itens 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13 e 2.14.

4.3 Das Obrigações

4.3.1 São obrigações da Administradora de Benefícios.

4.3.1.1 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.

4.3.1.2 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;

4.3.1.3 realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do CRECI/RS;

4.3.1.4 orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;

4.3.1.5 exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto ao CRECI/RS, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

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

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

4.3.1.8 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;

4.3.1.9 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;

4.3.1.10 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";

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

4.3.1.12 elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

4.3.1.13 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;

4.3.1.14 intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;

4.3.1.15 disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

4.3.1.16 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;

4.3.1.17 proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN ANS 255/2011;

4.3.1.18 comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

4.3.1.19 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.

4.3.2 São obrigações das Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios

4.3.2.1 Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009; e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

4.3.2.2 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;

4.3.2.3 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.

4.3.2.4 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;

4.3.2.5 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:

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

4.3.3 São obrigações das Operadoras de Plano de Saúde Credenciadas Diretamente

4.3.3.1 A Credenciada deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

4.3.3.1.2 Prestar os serviços, conforme especificações constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão a relação dos beneficiários atendidos;

4.3.3.1.2 Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

4.3.3.1.3 Possibilitar ao CRECI/RS a fiscalização da execução do objeto contratado;

4.3.3.1.4 Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para a aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o CRECI/RS, desde que de responsabilidade da credenciada;

4.3.3.1.5 Fornecer um guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, podendo ser disponibilizado de forma impressa ou na sua forma eletrônica (on-line), ou a que mais se adequar, a critério do CRECI/RS, para cada beneficiário titular, quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Dessa guia devem constar nome, telefone, endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações;

4.3.3.1.6 Comunicar ao CRECI/RS a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pela Administração Pública quanto à execução dos serviços contratados;

4.3.3.1.7 Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;



SISTEMA COFECI-CRECI
CRECI-RS
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
3ª REGIÃO - RS



4.3.3.1.8 Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo;

4.3.3.1.9 Manter atualizado endereço, inclusive eletrônico, e telefones cadastrados junto ao CRECI/RS para comunicações, informando imediatamente eventual alteração;

4.3.3.1.10 Indicar preposto para representa-la durante a execução do contrato;

4.3.3.1.11 Sempre que solicitado, apresentar, documentos que comprovem o cumprimento da legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na licitação;

4.3.3.1.12 Acatar as exigências do CRECI/RS quanto à execução do objeto, normas de controle interno e rotinas de serviço;

4.3.3.1.13 Assegurar os tratamentos não previstos neste instrumento, mas que constem da Resolução Normativa nº 465/2021, da ANS, e demais legislações pertinentes;

4.3.3.1.14 Assegurar os direitos e cumprir com todas as obrigações estabelecidas por regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

4.3.3.1.15 Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, em observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

4.3.4 São obrigações do CRECI/RS juntos às Administradoras

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

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

4.3.4.3 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;

4.3.4.4 acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;

4.3.4.5 acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes perante as Administradoras.

4.3.5 São obrigações do CRECI/RS juntos às Operadoras de Plano de Saúde Credenciadas Diretamente

4.3.5.1 Prestar informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pela credenciadas ou por seu preposto;

4.3.5.2 Investir-se nos poderes de representação dos beneficiários do serviço de saúde perante a credenciada;

4.3.5.3 Comunicar, via sistema informatizado (on-line) ou de forma impressa, a critério da credenciada, seguidos documentos necessários:

4.3.5.3.1 Qualquer inclusão de beneficiários;

4.3.5.3.2 A exclusão de beneficiários;

4.3.5.3.3 Perda ou extravio do documento de identificação;

4.3.5.3.4 Os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado.

4.3.5.4 Nomear um ou mais servidores para fazer a fiscalização e o acompanhamento da execução do contrato. Tal fiscalização não excluir nem reduz as responsabilidades da credenciada em relação ao acordado.

4.3.5.5. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos serviços prestados pela credenciada;

4.3.5.6 Adotar as medidas necessárias quanto à atualização e adaptação dos serviços ora contratadas à legislação superveniente ou quando se fizer necessário;

4.3.5.7 Comunicar à credenciada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas nos serviços prestados, para que sejam devidamente corrigidos;

4.3.5.8 Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da credenciada, através de comissão/servidor especialmente designado;

4.3.5.9 Efetuar pagamento total da prestação mensal, de exclusividade do CRECI/RS, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos; ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

4.4 Do Termo de Credenciamento e Termo de Contrato

4.4.1 As interessadas em firmar contrato com o CRECI/RS deverão cumprir as seguintes condições:

4.4.1.1 Estar devidamente registrada na ANS, conforme exigências e possuir autorização de funcionamento;

4.4.1.2 Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ia) deverá(ão) prestar os



SISTEMA COFECI-CRECI
CRECI-RS
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
3ª REGIÃO - RS



respectivos serviços aos beneficiários do CRECI/RS, contemplando as regras estabelecidas neste Projeto Básico, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;

4.4.1.3 Apresentar preços incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

4.4.1.4 Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde;

4.4.1.5 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;

4.4.1.6 Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, exigível na forma da lei;

4.4.1.7 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;

4.4.1.8 Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do CRECI/RS, na forma exigida neste Termo;

4.4.1.9 No caso de Administradora de Benefícios, essa 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 Credenciamento e do Contrato Administrativo que vier a ser assinado com o CRECI/RS;

4.5 Da Vigência e do Reajuste

4.5.1 A vigência do Credenciamento, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios ou Operadora de Plano de Saúde credenciada diretamente e CRECI/RS, por intermédio do Departamento de Gestor do Contrato com apoio do setor requisitante, sempre levando em consideração a vantajosidade da Autarquia.

4.5.2 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).

4.5.3 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios ou Operadora de Plano de Saúde credenciada diretamente e CRECI/RS, por intermédio do Departamento de Gestor do Contrato com apoio setor requisitante.

4.6 Das Disposições Gerais

4.6.1 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, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN 162/2007).

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

4.6.3 A Administradora de Benefícios ou Operadora de Plano de Saúde credenciada diretamente deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Credenciamento, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

4.6.4 As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa credenciada, pelo Departamento Pessoal observado o constante no Projeto Básico. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios ou da Operadora de Plano de Saúde credenciada diretamente.

4.6.5 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios ou as Operadora de Plano de Saúde credenciadas diretamente reservam-se no 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.

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

4.6.7 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 ou das Operadoras de Plano de Saúde credenciadas diretamente, 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.

4.6.8 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 ou Operadoras de Plano de Saúde credenciada diretamente do Programa de Assistência à Saúde.

4.6.9 As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios ou Operadoras de Plano de Saúde credenciada diretamente poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

4.6.10 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.

4.6.11 Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios ou Operadora de Plano de Saúde credenciada diretamente 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.

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

4.6.13 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.

4.6.14 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.

4.6.15 Os parâmetros a serem adotados em relação ao reajuste de preços serão os estabelecidos levando-se em consideração o índice de sinistralidade de 70% apurado no mês de aniversário do contrato.

4.6.16 Os casos omissos serão dirimidos pelo Departamento de Gestor do Contrato com apoio setor requisitante em conjunto com a Administradora de Benefícios ou a Operadora de Plano de Saúde credenciada diretamente.

5. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

CRECI/RS - TITULARES	
Faixa Etária 19-23	0
Faixa Etária 24-28	4
Faixa Etária 29-33	3
Faixa Etária 34-38	5
Faixa Etária 39-43	10
Faixa Etária 44-48	8
Faixa Etária 49-53	3
Faixa Etária 54-58	2
Faixa Etária 59+	3
SOMA	38
CRECI/RS - DEPENDENTES	

<i>Faixa Etária 0-18</i>	19
<i>Faixa Etária 19-23</i>	3
<i>Faixa Etária 24-28</i>	1
<i>Faixa Etária 29-33</i>	2
<i>Faixa Etária 34-38</i>	3
<i>Faixa Etária 39-43</i>	1
<i>Faixa Etária 44-48</i>	1
<i>Faixa Etária 49-53</i>	1
<i>Faixa Etária 54-58</i>	0
<i>Faixa Etária 59+</i>	0
SOMA	31

6. ESTIMATIVAS DE PREÇO OU PREÇOS REFERENCIAIS

6.1 Amparo legal

6.1.1 A Lei 14.133 de 2021, define a necessidade de realização de pesquisa de preços nos estudos preliminares para aquisição de bens e contratação de serviços em geral nos processos de aquisição e contratação.

6.2 Preço referencial

TABELA COMPARATIVA DE PREÇOS POR ITEM

As informações de item e descrição são aquelas do termo de homologação				Bradesco Saúde Simulação TOP COM COPARTICIPAÇÃO		SULAMERICAN CLASSÍCO NACIONAL		SULMED	
ITEM	DESCRIÇÃO	UNID	QTD	V.UNITARIO	V. TOTAL	V. UNIT	V.TOTAL	V. UNIT	V. TOTAL
0	meses	Unid.	12	R\$ 27.560,76	R\$ 330.729,12000	R\$ 28.192,36	R\$ 338.308,32000	R\$ 15.955,14	R\$ 191.461,68
	TOTAL	UNID	.		R\$ 330.729,12		R\$ 338.308,32		R\$ 191.461,68
	ECONOMIA	- R\$ 65.844,12		- 24,86%					

6.2.1 Para possibilitar mensurar um valor, foi requisitado 03 (três) orçamentos, sendo o de menor valor foi de R\$ 191.461,68 (cento e noventa e um mil e quatrocentos e sessenta e um reais e sessenta e oito centavos) referente a 69 (sessenta e nove) vidas.

6.2.2 Durante o levantamento dos orçamentos, chegou-se ao preço médio de R\$ 23.902,75 (vinte e três mil e novecentos e dois reais e setenta e cinco centavos) vidas, mensais.

6.2.3 Utilizamos a fórmula $(X+Y+Z)/3 = M$, onde X, Y, Z e M são, respectivamente, os três orçamentos e o valor médio final. E, para achar o Valor Médio Total, foi utilizada a fórmula $(M.W) = A$, onde W é o valor de unidade necessária e A é o valor médio total.

7. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO (SE APLICÁVEL)

7.1 Não se aplica.

8. DEMONSTRAÇÃO DO ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO DO ÓRGÃO



SISTEMA COFECI-CRECI
CRECI-RS
CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
3ª REGIÃO - RS



SISTEMA
COFECI-CRECI
CONSELHO FEDERAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

8.1 O presente estudo realizado encontra-se no planejamento do PAC 2022 com conta orçamentaria de número 6.3.1.2.01.01.005 – PLANO OU SEGURO DE SAÚDE MÉDICO.

9. POSICIONAMENTO SOBRE A VIABILIDADE E RAZOABILIDADE DA CONTRATAÇÃO

9.1 Durante a formulação do estudo técnico preliminar foi considerado viável a contratação do serviço para suprir a demanda da autarquia.

Comissão Especial de Análise e Contratação