



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA EXECUTIVA  
SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS

Processo nº 23000.011746/2014-58

**ACORDO DE PARCERIA N.º 01/2015 QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, REPRESENTADA PELO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E A ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE, PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AOS SERVIDORES ATIVOS, APOSENTADOS, SEUS DEPENDENTES, E AOS PENSIONISTAS DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E ENTIDADES VINCULADAS.**

A **UNIÃO** representada pelo **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - **CNPJ** sob o nº **00.394.445/0001-01**, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco "L", CEP 70047-900, em Brasília - DF, neste ato representado pelo Subsecretário de Assuntos Administrativos, **ANTONIO LEONEL DA SILVA CUNHA**, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade nº 802.178.354-6, expedida pela SSP/RS, inscrito no CPF/MF sob o número 141.612.730-53, residente e domiciliado nesta Capital, nomeado pela Portaria nº 239 da Casa Civil/PR, de 15 de março de 2012, publicada no *Diário Oficial da União* de 16 de março de 2012, consoante delegação de competência consubstanciada na Portaria nº 694, do Ministro de Estado da Educação, de 26 de maio de 2000, publicada no *Diário Oficial da União* de 29 de maio de 2000, doravante denominada **MINISTÉRIO e ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE S/A**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ sob o nº **08.407.581/0001-92**, com registro nº 41.677-1 na Agência Nacional de Saúde Suplementar, na modalidade de administradora, na condição de estipulante, sediada na Rua Dr. João Teixeira, 522, 1ª andar, CEP: 72.800-440, Luziânia - GO, neste ato representada pelo seus procuradores, **ELON GOMES DE ALMEIDA**, brasileiro, casado, contador, portador da Carteira de Identidade nº 964.303, expedida pela SSP/DF e do CPF/MF nº 455.245.306-82, residente e domiciliado em Brasília/DF, e **WILSON NUNES VIEIRA**, brasileiro, solteiro, economista, portador da Carteira de Identidade nº 1.398.699, expedida pela SSP/DF e do CPF/MF nº 484.450.961-68, residente e domiciliado em Brasília/DF, doravante denominada **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, resolvem celebrar o presente **ACORDO DE PARCERIA**, tendo em vista o que consta no Processo nº

ACORDO DE PARCERIA N.º 01/2015

**23000.011746/2014-58**, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com suas alterações, e com observância na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pela Resolução nº 10, de 3 de novembro de 1998 (alterada pelas Resoluções nºs 67 e 81, de 2001), pela Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010, pelas Resoluções nºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa nº 05, de 11 de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, na forma e condições a seguir:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

O presente Acordo de Parceria tem por objeto a atuação de empresa, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS como Administradora de Benefícios, com a finalidade de disponibilizar planos de assistência médica aos servidores ativos, aposentados, seus dependentes, e aos pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas.

**SUBCLÁUSULA PRIMEIRA-** Este instrumento e seus Anexos guardam inteira conformidade com os termos do Projeto Básico, **Editais de Credenciamento nº 01/2015**, Processo nº **23000.011746/2014-58**, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora de Benefícios.

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA**–O objetivo deste Acordo de Parceria é disponibilizar Planos de Assistência à Saúde, na modalidade coletivo empresarial, com, no mínimo 03 (três) Operadoras de Plano de Saúde, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com cobertura nacional, aos servidores, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, assegurando também a cobertura de assistencial regional na área de abrangência geográfica das Entidades Vinculadas, conforme especificações constantes do Projeto Básico, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e legislação complementar da ANS.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DEFINIÇÕES**

Para fins deste instrumento, considera-se:

1. **USUÁRIOS** - Os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares ou de dependente;
2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – servidores ativos e inativos, e os pensionistas do Ministério da Educação e das Entidades Vinculadas;
3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** – O grupo familiar dos servidores titulares (ativos e inativos), na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste instrumento e no Projeto Básico;
4. **PENSIONISTA** – Beneficiário de pensão de Instituidor de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste instrumento e no Projeto Básico;
5. **AGREGADO** – membro do grupo familiar do beneficiário titular que não atende a condição de dependente, na forma estabelecida no item 4.4 do Projeto Básico;
6. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - Valor correspondente ao plano de saúde contratado junto à Administradora de Benefícios, referente ao grupo familiar, para pagamento via boleto bancário, consignação em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, conforme indicado no ato da adesão do beneficiário titular;
7. **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;
8. **REDE CREDENCIADA** - Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde por intermédio das operadoras disponibilizadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos;
9. **ABRANGÊNCIA DA REDE** – Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pelo Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, na forma disciplinada neste instrumento e no Projeto Básico;
10. **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 Ministério da

Educação celebrará Acordo de Cooperação Técnica, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar na forma exigida neste instrumento e no Projeto Básico;

11. **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura, em todo território nacional, e atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 pela Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 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;
12. **TIPOS DE PLANOS**- Os planos poderão ser apresentados nas modalidades com e sem co-participação em consultas e exames simples os quais não necessitam de autorização prévia;
13. **PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria;
14. **PLANO ESPECIAL** – Plano que inclui, além dos itens do plano básico, acomodação em apartamento individual;
15. **REMOÇÃO** - Deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Projeto Básico;
16. **TERMO DE ADESÃO** – Termo que formaliza a adesão da Entidade Vinculada ao Termo de Acordo firmado entre o MEC e a **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;
17. **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.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFICIÁRIOS**

São considerados beneficiários:



1. beneficiários titulares: os servidores do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas ativos, inativos e os pensionistas;
2. beneficiários dependentes:
  - 2.1 o cônjuge ou companheiro(a) de união estável;
  - 2.2 o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
  - 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 os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
  - 2.5 os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
  - 2.6 o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 2.4 desta Cláusula;
  - 2.7 a existência do dependente constante dos itens 2.1. e 2.2 desta Cláusula, inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 2.3, também desta Cláusula;
  - 2.8 o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos membros e servidores ativos e inativos, da MEC e Entidades Vinculadas conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assumo o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados

**SUBCLÁUSULA PRIMEIRA** - Somente servidor ativo e inativo do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA** - A **Administradora de Benefícios** poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, pertencente ao grupo familiar do servidor ativo ou inativo, desde que o beneficiário titular assumo integralmente o respectivo custeio.



**SUBCLÁUSULA TERCEIRA** - Para fins do disposto na subcláusula anterior, são considerados membros do Grupo familiar do servidor:

1. mãe, pai, madrasta e padrasto.
2. os filhos e enteados que não satisfaçam as condições dos itens 2.4 e 2.5 desta Cláusula;
3. os irmãos; e
4. os netos

#### **CLÁUSULA QUARTA – DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO**

Os servidores ativos e inativos integrantes do quadro de pessoal permanente do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os requisitados de outros Órgãos Públicos e os beneficiários de pensão, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, pago mediante ressarcimento, por beneficiário, desde que, comprovadamente, o plano contratado atenda às coberturas mínimas exigidas no Termo de Referência – Anexo à Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

**SUBCLÁUSULA ÚNICA** - O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, do comprovante do pagamento do Plano de Saúde, o qual deverá ser obrigatoriamente apresentado à unidade de Gestão de Pessoas do Ministério da Educação e das Entidades Vinculadas, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pela **Administradora de Benefícios** credenciadas pelo Ministério da Educação, os servidores ativos e inativos, e os pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, mediante manifestação expressa junto à Administradora de benefícios.

**SUBCLÁUSULA PRIMEIRA** - É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este instrumento.

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA** - Os servidores ativos e inativos do Ministério da Educação e seus dependentes disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do Acordo de Parceria entre o MEC e a Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 8.1.1 do Projeto Básico.



**SUBCLÁUSULA TERCEIRA** - Os servidores ativos e inativos das Entidades Vinculadas ao MEC, e seus dependentes, disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da adesão da entidade ao Termo de Acordo firmado pelo MEC com a Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 8.1.1.do Projeto Básico.

**SUBCLÁUSULA QUARTA** - Os Pensionistas do Ministério da Educação disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo entre o MEC e a Administradora de Benefícios, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 8.1.1 do Projeto Básico.

**SUBCLÁUSULA QUINTA** - Os Pensionistas das Entidades Vinculadas ao MEC disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da adesão da entidade ao Termo de Acordo firmado pelo MEC com a Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 8.1.1 do Projeto Básico.

**SUBCLÁUSULA SEXTA** - Os Pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde, de que trata este Projeto Básico, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário titular do plano junto a Coordenação de Recursos Humanos do Ministério da Educação e/ou das Entidades Vinculadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato de concessão da pensão. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 8.1.2 do Projeto Básico.

**SUBCLÁUSULA SÉTIMA** - 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 dos servidores ativos e inativos, terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano escolhido pelo beneficiário titular, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 8.1.1 do Projeto Básico.

**SUBCLÁUSULA OITAVA** - Fica sujeita à carência prevista no subitem 8.1.1do Projeto Básico, a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário titular.

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

**SUBCLÁUSULA DÉCIMA** - É garantida aos servidores exonerados de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Ministério da Educação ou Entidades Vinculadas nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

**SUBCLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** - Poderá a **Administradora de Benefícios** manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Ministério da Educação ou com as Entidades Vinculadas nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

**SUBCLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** - A solicitação de inscrição/exclusão de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e da contagem dos períodos de carência e/ou suspensão da cobertura:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO/EXCLUSÃO	INÍCIO DE COBERTURA/SUSPENSÃO DE COBERTURA
1º ao 15º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

**SUBCLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** - Caberá ao Ministério e às Entidades Vinculadas apresentar documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas indicando a relação de parentesco dos dependentes com os servidores, quando solicitado pela Administradora de Benefícios.

**SUBCLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** - A adesão de agregados, disciplinado no item 4.4 do Projeto Básico, observará o disposto nos itens 6.3, 6.4, 6.9, 6.13 e 6.14, também, do Projeto Básico.

**SUBCLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** - Poderá haver transferência de plano inferior para superior ou vice-versa, desde que obedecidas às condições estabelecidas pelas operadoras disponibilizadas pelas administradoras.

## **CLÁUSULA SEXTA - DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

A exclusão do titular do Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial,



cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

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

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA** - Ressalvadas as situações previstas no item 7.1, a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do servidor ativo/inativo do Ministério da Educação ou Entidades Vinculadas dos beneficiários de pensão 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 servidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo (50º) dia de inadimplência.

**SUBCLÁUSULA TERCEIRA** - É de responsabilidade dos usuários do Plano de Assistência à Saúde do Ministério da Educação ou das Entidades Vinculadas solicitar, formalmente, à unidade de Gestão de Pessoas e à Administradora de Benefícios, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

**SUBCLÁUSULA QUARTA** - Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas serão responsáveis pela devolução imediata à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

**SUBCLÁUSULA QUINTA** - Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado será exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos.

**SUBCLÁUSULA SEXTA** - A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – DA CARÊNCIA**

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

1. dos usuários inscritos na forma regulamentada no item V, subitens 6.3, 6.4, 6.5 e 6.6 do Projeto Básico;
2. para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no item V, subitens 6.3, 6.4, 6.5 e 6.6 do Projeto Básico, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, contadas da data de inclusão do plano junto a operadora:
  - a. Urgência e emergência – 24 horas
  - b. internações hospitalares – 180 (cento e oitenta) dias;
  - c. demais exames e tratamentos – 180 (cento e oitenta) dias
  - d. doenças e lesões pré-existente – 24 meses;
  - e. partos – 300 (trezentos) dias.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA PORTABILIDADE**

As operadoras de plano de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios** deverão declarar, que anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, os beneficiários poderão optar pela troca de operadora, dentre aquelas vinculadas à **Administradora de Benefícios**, desde que atendam aos seguintes requisitos:

- a. não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00;
- b. que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida;
- c. que inexista situação de gravidez

**SUBCLÁUSULA ÚNICA** - Os servidores do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas que tiverem de optar por outro plano, por motivo de Remoção ou Alteração de Exercício, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para optar pela troca de operadora, dentre aquelas vinculadas à Administradora de Benefícios, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem **8.1.1 do Projeto Básico**.

#### **CLÁUSULA NONA – DOS BENEFÍCIOS**




As operadoras de plano de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios** cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

**SUBCLÁUSULA PRIMEIRA** - A **cobertura ambulatorial** compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme abaixo listados:

1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
3. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar;
4. Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
5. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:
  - a. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - b. quimioterapia ambulatorial;
  - c. radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
  - d. hemoterapia ambulatorial;
  - e. cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
  - f. tratamento fisioterápico;
  - g. tratamentofonoaudiológico.

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA** - O **tratamento de transtornos psiquiátricos** nas prescrições vigentes do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e normas complementares, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:

1. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros



Página 11 de 30

(incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

2. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, na forma estipulada no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
3. Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

**SUBCLÁUSULA TERCEIRA** - Os **Serviços Hospitalares** compreendem a cobertura dos atendimentos feitos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, na forma abaixo especificada:

1. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
2. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
3. Diária de internação hospitalar;
4. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
5. Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
6. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;
7. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas

- condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
8. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
  9. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
  10. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
  11. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
  12. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
  13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;
  14. Transplantes de córnea, rim e medula óssea bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
    - a. despesas assistenciais com doadores vivos;
    - b. medicamentos utilizados durante a internação;
    - c. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
    - d. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
  15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;
  16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora;



17. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais;
18. Cirurgias plásticas reparadoras, quando necessárias à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico;
19. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessários, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território nacional, utilizando-se dos meios de controle de transporte mais convenientes;
20. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:
  - a. hemodiálise e diálise peritoneal - capd;
  - b. quimioterapia;
  - c. radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
  - d. hemoterapia;
  - e. nutrição parenteral ou enteral;
  - f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
  - g. embolizações e radiologia intervencionista;
  - h. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - i. fisioterapia;
  - j. próteses intra-operatórias;
  - k. material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
  - l. transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção;



a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao sistema único de saúde;

m. procedimentos obstétricos;

n. acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea, rim e medula óssea exceto medicação de manutenção.

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

22. atendimentos psiquiátricos ou tratamentos dos transtornos psiquiátricos codificados no CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas nas Resoluções da ANS em vigor.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS EXCLUSÕES**

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

**SUBCLÁUSULA ÚNICA** - São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
5. Inseminação artificial;
6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
8. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;



10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
11. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
13. Aplicação de vacinas preventivas;
14. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
15. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
16. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
17. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
18. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e
19. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Os atendimentos de emergência e urgência deverão seguir ao abaixo descrito:

1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
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;
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:
  - a. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da



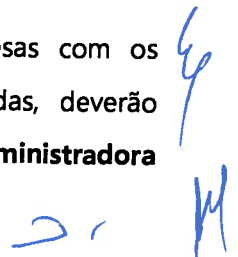
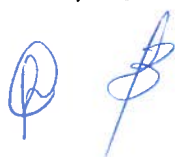
condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;

- b. Caberão as operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios 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.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REEMBOLSO

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

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. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
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. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde será integral, pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
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 contratadas pela **Administradora de Benefícios** 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.
6. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA REMOÇÃO

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

**SUBCLÁUSULA ÚNICA** - Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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. As operadoras contratadas pela **Administradora de Benefícios** deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;
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 **12.1.5.** do Projeto Básico, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS 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 acomodações a seguir:

1. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria;
2. PLANO ESPECIAL – compreende o Plano Básico, mas com acomodação em apartamento individual.

**SUBCLÁUSULA PRIMEIRA** - 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.

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA** - Os planos poderão ser oferecidos nas modalidades com e sem a co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

**SUBCLÁUSULA TERCEIRA** - A **Administradora de Benefícios** poderá ofertar, adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste instrumento, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na Portaria Normativa SRH/MP nº 05/2010.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA REDE CREDENCIADA

A rede de atendimento disponibilizada pela **Administradora de Benefícios** para a prestação de serviços de assistência à saúde deverá ser oferecida por, no mínimo, 03 (três) operadoras, de abrangência nacional, com rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, para atender aos beneficiários do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, respeitando, no mínimo, os seguintes percentuais:

1. Atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios dos Estados da Região Norte com mais de 70.000 habitantes conforme apuração do IBGE;

2. Atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios dos Estados da Região Nordeste com mais de 100.000 habitantes conforme apuração do IBGE;
3. Atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios dos Estados das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com mais de 50.000 habitantes conforme apuração do IBGE.

**SUBCLÁUSULA PRIMEIRA** - No caso de oferecimento de planos regionais, as operadoras de planos de saúde, conveniadas pela **Administradora de Benefícios**, deverão oferecer em âmbito regional, e, nos casos de urgência e emergência, em todo o Território Nacional, a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA** - Os planos das operadoras disponibilizadas para assegurar a cobertura assistencial na área geográfica das **Entidades Vinculadas** que formalizarem sua adesão ao acordo firmado entre o **Ministério da Educação** e a **Administradora de Benefícios**, deverão dispor de rede credenciada na área de abrangência da entidade vinculada que será assistida.

**SUBCLÁUSULA TERCEIRA** - A **Administradora de Benefícios** deverá estabelecer, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Acordo de Parceria, um canal de comunicação direto para contato dos servidores deste Ministério (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

**SUBCLÁUSULA QUARTA** - Caberá à **Administradora de Benefícios** manter, durante a vigência do Acordo, a rede de operadoras credenciadas em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**

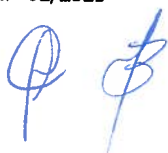
São obrigações da **Administradora de Benefícios**:

1. Disponibilizar aos beneficiários do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, no mínimo 03 (três) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar que disponibilizem cobertura nacional, assegurando também a cobertura assistencial regional na área de abrangência geográfica das Entidades Vinculadas que formalizarem sua adesão ao acordo firmado entre o Ministério da Educação e a **Administradora de Benefícios**.



2. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas pela **Administradora de Benefícios**, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à :
  - a. negociação de reajuste;
  - b. aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados de assistência á saúde; e
  - c. alteração de rede assistencial
3. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial e odontológicos junto aos beneficiários do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas;
4. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo;
5. Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao Ministério da Educação e/ou entidades vinculadas e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;
6. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
7. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
8. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
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;
10. Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas.
11. Visando, a prestação de contas da alínea " i" as administradoras de benefícios deverão apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de plano de saúde;
12. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

13. Informar mensalmente à Fiscalização do Acordo as exclusões de beneficiários titulares, dependentes e pensionistas;
14. Disponibilizar serviços de atendimento ao usuário da **Administradora de Benefícios**, sem prejuízo da central de atendimento das operadoras contratadas pela **Administradora de Benefícios**;
15. Efetivar, quando solicitado, o aproveitamento de carências, no aniversário do contrato, nas seguintes condições:
  - a. Não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) nos últimos 12 (doze) meses;
  - b. A opção seja para plano equivalente na operadora escolhida, entre as operadoras apresentadas pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS;
  - c. Inexista situação de gravidez e/ou doença preexistente.
16. Efetivar a troca de operadora, dentre as apresentadas pela **Administradora de Benefícios** em sua proposta, a qualquer tempo, em caso de mudança do local de residência do Beneficiário Titular, para outra localidade em que o plano por ele escolhido não ofereça prestação de serviços equivalentes ao local da residência anterior;
17. Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços;
18. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
19. 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;
20. A **Administradora de Benefícios** deverá proteger o sigilo médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, bem como aos pensionistas, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional técnico designado para este fim, de acordo com a RN 255/11 – ANS;
21. A **Administradora de Benefícios** deverá comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
22. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:
  - a. perfil demográfico da carteira;
  - b. relatório de sinistralidade;



- c. indicadores sobre a utilização;
    - c.1 beneficiários;
    - c.2 prestadores.
  - d. casos crônicos e de risco;
    - d.1 identificação de casos crônicos;
    - d.2 descrição das patologias;
23. Manter, enquanto durar o Acordo, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;
  24. Manter a rede de operadoras credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta
  25. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas;
  26. É vedado a **Administradora de Benefícios** subcontratar total ou parcialmente o objeto deste Acordo de Parceria;
  27. Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.
  28. Divulgar, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, informações sobre as normas e procedimentos, no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela **Administradora de Benefícios**, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos)

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA EM RELAÇÃO ÀS OPERADORAS**

São obrigações da Administradora de Benefícios junto as Operadoras de assistência médica/hospitalar:

1. Cobrar das Operadoras de Assistência Médica/Hospitalar além das responsabilidades resultantes do presente Acordo de Parceria, o cumprimento os dispositivos da Lei 9.656/98, e demais disposições regulamentares

pertinentes aos serviços a serem prestados, exigindo, ainda, das Operadoras a obrigação de:

- a. oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas por dia, 07 dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b. efetuar o pagamento do reembolso 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 integral pela operadora de plano de saúde contratada das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- d. Para os beneficiários que 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:
  - d.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;
  - d.2 Recibos de pagamento dos honorários médicos;
  - d.3 Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
  - d.4 Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- e. zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- f. não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente;
- g. fornecer, gratuitamente, aos usuários do plano de assistência à saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente

quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano aderido pelo beneficiário;

- h. fornecer, gratuitamente, aos usuários do plano de assistência à saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de assistência médico-hospitalar (hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);
- i. fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a alínea "v" do item 16.1 do projeto básico.;
- j. manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a administradora de benefícios;
- 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. oferecer os serviços de "central de atendimento 24 horas", para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO**

São obrigações do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas:

1. Colocar à disposição da **Administradora de Benefícios** informações e dados cadastrais dos Beneficiários qualificados no objeto do presente Projeto Básico, que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
2. Permitir à **Administradora de Benefícios** a divulgação de sua carteira de benefícios junto aos Beneficiários de que trata o objeto do presente Projeto Básico por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

3. Permitir aos profissionais da **Administradora de Benefícios** acesso às suas dependências, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
4. Acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordos, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, atribuições que deverão ser exercidas por um representante do MEC, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior;
5. Creditar o valor referente ao auxílio de caráter indenizatório no contracheque do servidor como rendimento isento e não tributável para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme art. 39, inciso XLV, do Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999, no valor per capita mensal estabelecido pela Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA VIGÊNCIA**

O presente Acordo de Parceria terá vigência de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, por meio de termo aditivo, salvo se qualquer das partes notificar a outra de sua intenção em não prorrogá-lo, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de seu vencimento ordinário ou do Acordo de cada prorrogação.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO REAJUSTE**

As mensalidades dos planos disponibilizados pela Administradora, essas poderão ser objeto de reajuste de acordo com o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e alterações, não havendo previsão de repasse de quaisquer valores pelo MEC à **Administradora de Benefícios**.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO**

Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios,



considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO**

O Ministério realizará o acompanhamento da execução do presente Acordo de Parceria, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes no Projeto Básico, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

**SUBCLÁUSULA PRIMEIRA** - A execução dos serviços prestados pela **Administradora de Benefícios** será acompanhada e fiscalizada por servidores da Subsecretaria de Assuntos Administrativos, especialmente designados na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

**SUBCLÁUSULA SEGUNDA** – Caberá ao Fiscal, dentre outras atribuições, determinar providências necessárias ao regular e efetivo cumprimento do Acordo de Parceria, bem como anotar e enquadrar as infrações constatadas, notificando a Administradora de Benefícios, em concordância com o seu superior hierárquico.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Acordo de Parceria, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão temporária do credenciamento, por prazo não superior ao de 03 (três) meses, justificada pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas e pela Fiscalização;

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

1. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios** poderão alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

2. 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.
3. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.
4. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios** durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.
5. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, de acordo com o plano subscrito por ele, 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.
6. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios;
7. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios** poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.
8. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios** estabelecerem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, ressalvadas as hipóteses e urgência ou de emergência.
9. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

10. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.
11. A **Administradora de Benefícios** deverá possuir, na data de assinatura do Acordo de Parceria, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
12. A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas constantes do Item IX, observando, para tanto, os prazos estabelecidos na Resolução Normativa ANS nº 256, de 17 de junho de 2011, atendendo 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.
13. 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.
14. Os casos omissos serão dirimidos pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos, em conjunto com a Administradora de Benefícios.

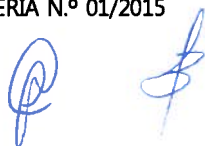
#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO**

O presente **ACORDO DE PARCEIRA** será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, nos termos do parágrafo único do Art. 61 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, correndo as despesas às expensas do Ministério da Educação.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DO FORO**

O Foro é o da Justiça Federal, da Seção Judiciária de Brasília/DF, para dirimir quaisquer litígios oriundos do presente instrumento.

E, por assim estarem de pleno acordo, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das duas testemunhas abaixo, que a tudo assistiram.



Brasília, 12 de junho de 2015.



ANTONIO LEONEL DA SILVA CUNHA  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

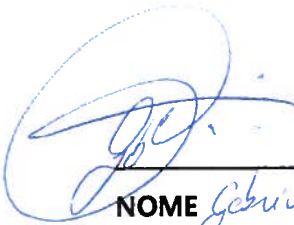


ELON GOMES DE ALMEIDA  
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

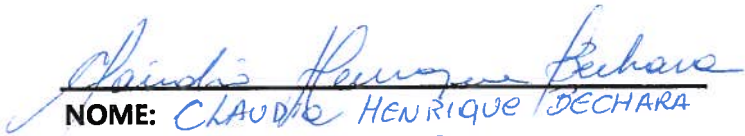


WILSON NUNES VIEIRA  
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

**Testemunhas:**



NOME Gebril Bezerra Bezerra  
CPF: 802.472.101-53  
RG: 1268795 - DF



NOME: CLAUDIO HENRIQUE DECHAVA  
CPF: 863.571.906-91  
RG: M.6.531.146 - SSP/MG