

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2018

A SUBSECRETARIA DE COMPRAS GOVERNAMENTAIS, unidade orgânica da Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal, no uso de suas atribuições legais, torna público, para o conhecimento dos interessados, que realizará, por intermédio da Comissão Especial constituída pela Portaria SEPLAG nº 258, de 27 de julho de 2018, publicada no DODF, de 01 de agosto de 2018, inscrições para credenciamento de **Administradoras de Benefícios** para a celebração de **TERMO DE ACORDO**, com o objetivo de disponibilizar o oferecimento de planos de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 02 (duas) operadoras de Planos de Saúde particular, no mínimo, e, 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que apresente planos na modalidade coletivo empresarial, abrangência regional (estadual e/ou grupo de municípios), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, com coparticipação, podendo apresentar adicionalmente operadora que ofereça planos ambulatoriais, aos servidores do GDF ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666 de 1993, contemplando atendimentos disciplinados pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações, pela Resolução nº 428, de 07 de novembro de 2017, com suas alterações, 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, com suas alterações, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e orientações e especificações técnicas constantes neste Edital e seus anexos e no processo de nº 00410-00007583/2018-14.

1. DO OBJETO

1.1. **Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como administradora de benefícios ofertados por, no mínimo, 02 (duas) operadoras de Planos de Saúde particular, no mínimo, e, 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica**, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que apresente planos na modalidade coletivo empresarial, abrangência regional (estadual e/ou grupo de municípios), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, com coparticipação, podendo apresentar adicionalmente operadora que ofereça planos ambulatoriais, aos servidores do GDF ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas.

2. DA ENTREGA E ABERTURA DOS ENVELOPES

2.1. **Entrega da documentação: de 09 de novembro a 09 de dezembro de 2018.**

2.2. **Horário para entrega dos envelopes:** 8h às 12h e 14h às 17h30min.

2.3. No dia, hora e local abaixo indicados, será realizada a abertura dos envelopes.

a) **DATA: 10/12/2018;**

HORA: 14hs;

LOCAL: Coordenação de Licitações, da Subsecretaria de Compras Governamentais no Edifício Anexo do Palácio do Buriti, 5º Andar, sala 506, Ala Leste, Brasília, Distrito Federal - CEP 70.075-900

2.4. A entrega dos envelopes deverá ocorrer a partir da data de publicação do edital, na data estabelecida no **subitem 2.1**, respeitado o intervalo mínimo de 30 (trinta) dias.

2.5. Não havendo expediente na data marcada, ficará adiada a reunião para o primeiro dia útil subsequente, mantido o mesmo horário e local, salvo disposições em contrário.

3. DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

3.1. Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Projeto Básico constante no **Anexo I** deste Edital, para que o servidor possa fazer jus ao auxílio de caráter indenizatório, no valor *per capita* fixado pela Lei nº 4.330/2009, devendo o servidor complementar o custeio desses planos.

3.2. Os planos oferecidos aos servidores do GDF ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas deverão ser planos tipos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no **subitem 3.12 do Projeto Básico**.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1. **Poderão** participar do processo de credenciamento para celebração de Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios que:

4.1.1. Atendam às condições deste Edital e seus anexos e apresentem os documentos nele exigidos, em original, digital ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, à vista dos originais;

4.1.1.1. no caso das autenticações serem realizadas por Servidor Público, conforme previsto no subitem anterior, deverão ocorrer impreterivelmente, **até 24 horas antes** da abertura do Credenciamento.

4.1.2. Que estejam cadastradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, nos termos do § 1º, art. 1º do Decreto nº 3.722/2001 e art. 4º do Decreto Distrital nº 23.546/2003; ou;

4.1.3. Que não estejam cadastradas no SICAF ou que estiverem com seus cadastramentos vencidos, também poderão participar da licitação, desde que atendidas as exigências deste edital;

4.1.4. Estejam devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS, comprovando mediante apresentação de documento hábil;

4.1.5. O autor do Termo de Referência, do projeto básico ou executivo, pessoa física ou jurídica.

4.2. É **vedada** participar do processo de credenciamento para celebração de Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios que:

4.2.1. Que não estejam sob pena de interdição de direitos, previstos na Lei nº 9.605/98;

4.2.2. É vedada a pessoa jurídica, cujo administrador, proprietário ou sócio com poder de direção seja familiar de agente público, preste serviços ou desenvolva projeto no órgão ou entidade da administração pública do Distrito Federal em que este exerça cargo em comissão ou função de confiança por meio de (Decreto nº 32.751/2011, art. 8º)

I - contrato de serviço terceirizado;

II - contratos pertinentes a obras, serviços e à aquisição de bens;

III - convênios e os instrumentos equivalentes.

4.2.2.1. Pelo termo “familiar” entende-se cônjuge, companheiro(a), ou parente em linha reta ou colateral, por consanguíneo ou afinidade, até o terceiro grau, inclusive, estendendo-se, ainda, a vedação às relações homoafetivas;

4.2.2.2. Considera-se participação indireta a existência de qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista do autor do termo de referência ou projeto, pessoa física ou jurídica e do pregoeiro e de sua equipe de apoio com a licitante ou responsável pelo fornecimento de bens e serviços a estes necessários;

4.2.2.3. Considera-se participação indireta a existência de qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista do autor do termo de referência ou projeto, pessoa física ou jurídica e do pregoeiro e de sua equipe de apoio com a licitante ou responsável pelo fornecimento de bens e serviços a estes necessários.

4.2.3. Estrangeiras que não funcionem no país;

4.2.4. Cooperativas, sob nenhuma forma;

4.2.5. Não poderão concorrer, direta ou indiretamente, neste credenciamento ou participar do Termo de Acordo dela decorrente:

a) Empresas em processo de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, insolvência, concurso de credores, dissolução ou liquidação; declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública (87, inciso IV, da Lei nº 8.666/1993), ou que estejam temporariamente suspensas de licitar ou contratar no âmbito da Administração do Distrito Federal, nos termos do art. 87, inciso III, da Lei nº 8.666/1993, da orientação do Tribunal de Contas do Distrito Federal, por meio da Decisão nº 527/2017-TCDF e PARECER Nº 373/2018 - PRCON/PGDF, emitido pela Procuradoria-Geral do Distrito Federal, acompanhado pela Nota Técnica SEI-GDF n.º 245/2018 - SEPLAG/GAB/AJL (8229927) de 17/05/ 2018 e Nota Técnica SEI-GDF nº 250/2018-SEPLAG/GAB/AJL de 21/05/2018 (8316868) .

4.3. A simples participação neste credenciamento importa total, irrestrita e irretroatável submissão dos proponentes às condições deste Edital.

5. DA HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE PREÇOS DE PLANO DE SAÚDE

5.1. Para **Habilitação Jurídica** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos;

5.1.1. Registro comercial, no caso de empresa individual;

5.1.2. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores, acompanhado de todas as alterações ou da consolidação, se for o caso;

5.1.3. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

5.1.4. Em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, Decreto de autorização e ato de registro ou autorização para funcionamento, expedido pelo Órgão competente, além dos documentos previstos no art. 15 do Decreto nº 5.450/2005;

5.1.5. Prova de regularidade com a Fazenda Federal (Certidão Negativa ou Positiva com efeito de negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, emitida pela Secretaria da Receita Federal - SRF e Certidão quanto à Dívida Ativa da União emitida pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN), e com a Fazenda Estadual e a Municipal, do domicílio ou sede da PROPONENTE, na forma da lei.

5.2. Para **Habilitação Fiscal** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:

5.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;

5.2.2. Prova de inscrição no cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver, relativa ao domicílio ou sede da empresa pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o serviço;

5.2.3. Estar cadastrada e parcialmente habilitada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, nos termos do Decreto nº 3.722/2001, alterado pelo Decreto nº 4.485 de 25.11.2002, cuja confirmação da regularidade se dará mediante consulta via “on line” no referido Sistema, no ato da abertura do certame, devendo, ainda, apresentar os seguintes documentos:

5.2.3.1. Confirmação da regularidade da habilitação da licitante no SICAF, mediante consulta via “on line” no ato da abertura do certame;

5.2.3.2. Caso a empresa esteja com documento vencido no SICAF, poderá comprovar sua regularidade mediante a apresentação do original ou de cópia autenticada do documento em vigor, na forma constante dos art. 27 a 29 e 31 da Lei nº 8.666/93, os quais deverão fazer parte do envelope contendo a documentação relativa à habilitação da referida empresa;

5.2.4. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

5.3. Para **Habilitação Econômico Financeira** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes documentos:

5.3.1. Comprovação de boa situação financeira da Administradora de Benefícios, aferida com base nos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC) maiores que um (>1), analisada automaticamente pelo SICAF;

a) **Liquidez Geral** = (ativo circulante + realizável a longo prazo) / (passivo circulante + exigível a longo prazo);

b) **Solvência Geral** = ativo total / (passivo circulante + exigível a longo prazo);

c) **Liquidez Corrente** = ativo circulante / passivo circulante.

5.3.2. As empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices referidos no subitem 5.3.1 retro, deverão comprovar possuir capital social/patrimônio líquido mínimo igual ou superior a R\$1.000.000,00 por meio de Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei do último exercício social, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados, quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

5.3.3. Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica ou de execução patrimonial expedida no domicílio da pessoa física.

5.4. Para **Habilitação Técnica e Proposta de Preços** dos Planos ofertados pela Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes documentos:

5.4.1. Atestado de capacidade técnica, emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde, na modalidade coletivos empresariais, por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS;

5.4.2. Declaração da empresa Administradora 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;

5.4.3. Declaração de inexistência de fato impeditivo de sua habilitação, assinada por sócio dirigente, proprietário ou procurador da Administradora, devidamente identificado, nos termos do modelo constante do **Anexo I**;

5.4.4. Declaração expedida por entidades públicas e privadas, em que demonstre de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

5.4.5. Declaração de, no mínimo, 3 (três) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo serem apresentadas, obrigatoriamente, declarações do Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal e Banco de Brasília - BRB;

5.4.6. Termo de Contrato, Acordo ou Ajuste de Conduta celebrado entre, no mínimo, as 2 (duas) operadoras regionais de Plano de Saúde e a Administradora de Benefícios, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com os órgãos e entidades do Distrito Federal;

5.4.7. Proposta de preços dos Planos de Saúde ofertados, de no mínimo, 01 (uma) operadora que assegure assistência odontológica e, no mínimo, 02 (duas) operadora de Planos de Saúde particular, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que apresente planos na modalidade coletivo empresarial, abrangência regional (estadual e/ou grupo de municípios), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, com coparticipação, podendo apresentar adicionalmente operadora que ofereça planos ambulatoriais, aos servidores do GDF ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, para atender aos beneficiários dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal.

5.4.7.1. Os preços a serem ofertados para os planos de assistência à saúde deverão estar de acordo com as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003, ou seja, deverão ser cotados por faixa etária obedecendo às regras estabelecidas na mencionada Resolução;

5.4.7.2. As operadoras disponibilizadas pelas administradoras de benefícios, para atender às exigências deste Projeto Básico, não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou estarem em situação de direção fiscal e/ou técnica decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado.

5.4.8. Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência do Distrito Federal e de todos os municípios pertencentes a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno-RIDE/DF, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no **Anexo I** deste Edital;

5.4.9. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009.

5.4.10. Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;

5.4.11. Certidão, expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende às exigências de ativos (depósitos) garantidores, relativa ao 2º trimestre de 2018, exigível na forma da lei, conforme Resolução Normativa ANS nº 203, de 1º/10/2009;

5.4.12. Os documentos apresentados com a validade expirada acarretarão na inabilitação da Administradora de Benefícios.

5.5. Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados deverão referir-se ao mesmo CNPJ da Administradora de Benefícios.

5.6. Se a Administradora for a Matriz, todos os documentos deverão estar em nome da Matriz; Se filial, deverão estar em nome desta.

5.7. Não serão aceitos documentos cujos datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados.

5.8. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos requeridos neste Edital e seus Anexos.

6. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

6.1. As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos no Projeto Básico – Anexo deste Edital devem, obrigatoriamente, apresentar, no local e prazo constante do **subitem 2.1, “a”**, documentação descrita nos itens 4 e 5 deste Edital juntamente com proposta de credenciamento em papel timbrado da empresa, com documentos sequencialmente enumerados.

6.1.1. Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, a vista dos originais, no prazo estipulado no **subitem 4.1.1.1** deste Edital.

6.2. Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope contendo as seguintes informações:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – PLANO DE SAÚDE

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO PARA ATENDIMENTOS AOS SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS E PENSIONISTAS DO DISTRITO FEDERAL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2018

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

6.3. As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.

6.4. A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento junto à SEPLAG, aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de qualquer outro tipo de documento.

7. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS, DAS IMPUGNAÇÕES E DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

7.1. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de credenciamento, exclusivamente por meio eletrônico, através do e-mail: pregoeirosulicXX@seplag.df.gov.br, até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para a abertura dos envelopes.

7.2. Caberá a Comissão Especial de Credenciamento decidir sobre a petição de impugnação no prazo de 24h (vinte e quatro horas), a contar da data da entrega do requerimento, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

7.3. Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designado novo período de recebimento da documentação, para a retificação deste procedimento.

7.4. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 03 (três) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no item 9.1, ficando, nesse período, autorizado vistas ao seu processo junto à Comissão Especial de Credenciamento, situada Coordenação de Licitações, da Subsecretaria de Compras Governamentais no Edifício Anexo do Palácio do Buriti, 5º Andar, Ala Leste, Brasília, Distrito Federal - CEP 70.075-900;

7.4.1. o recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso;

7.4.2. o recurso será protocolado junto à Comissão Especial de Credenciamento, ficando estabelecido o prazo de até 3 (três) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior, que terá até 03 (três) dias úteis para análise e decisão; e

7.4.3. somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos.

8. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

8.1. A análise e julgamento serão processados em conformidade com as condições estipulados neste Edital e seus anexos;

8.2. Serão declarados inabilitados os interessados que:

- 8.2.1. por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública;
- 8.2.2. deixarem de apresentar qualquer documentação exigida no item 4 e 5 deste Edital e seus anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido;
- 8.2.3. as penalidades com interdição temporária de atos, previstas no artigo 10 da Lei nº 9.605/98.

9. DA DIVULGAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

- 9.1. Serão declarados HABILITADOS para o credenciamento todos os requerentes que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial do Distrito Federal, Diária oficial da União e Jornal de Grande Circulação;
- 9.2. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à HOMOLOGAÇÃO pela Subsecretaria de Compras Governamentais/SEPLAG.

10. DO CHAMAMENTO DOS CREDENCIADOS HABILITADOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

- 10.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios aptas, com vigência de 12 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do **Anexo I**, a qual será adaptada à proposta das empresas habilitadas.
- 10.2. A SEPLAG convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, para assinar o do Termo de Acordo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração, sob pena de decair do direito ao credenciamento;
- 10.2.1. O prazo estabelecido no subitem 10.2 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela SEPLAG.

11. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, PAGAMENTO E REAJUSTE

- 11.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da SEPLAG, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.
- 11.2. O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.
- 11.2.1. Para escoreito atendimento a modalidade supramencionada, qual seja, desconto consignado facultativo, os servidores e administradoras de plano credenciadas deverão observar as disposições constantes no Decreto Distrital nº 28.195, de 16 de agosto de 2017.
- 11.3. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários dos órgãos e entidades do Distrito Federal 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).
- 11.3.1. O valor da mensalidade será modificado, caso ocorra mudança de faixa etária do Beneficiário (Titular e Dependentes), de acordo com os preços praticados na nova faixa etária alcançada, e será cobrado no mês seguinte ao aniversário do beneficiário.
- 11.4. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e a SEPLAG-DF, por intermédio de sua unidade técnica de benefícios ao servidor.

12. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

- 12.1. A SEPLAG realizará o acompanhamento da execução dos serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Projeto Básico - **Anexo I**, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).
- 12.2. A execução dos serviços prestados pela administradora de benefícios será acompanhada e fiscalizada por servidores da SEPLAG, especialmente designados na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.
- 12.3. Caberá ao Fiscal, dentre outras atribuições, determinar providências necessárias ao regular e efetivo cumprimento do Termo de Acordo, bem como anotar e enquadrar as infrações constatadas, notificando a Administradora de Benefícios, em concordância com o seu superior hierárquico.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 13.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:
- 13.1.1. Advertência por escrito;
- 13.1.2. Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente (s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- 13.1.3. Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;
- 13.1.4. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;
- 13.2. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade.
- 13.3. As sanções previstas nos **subitens 13.1.1 e 13.1.2** poderão ser aplicados concomitantemente com as dos **subitens 13.1.4 e 13.2**, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.
- 13.3.1. A multa compensatória poderá ser cumulada como suspensão temporária e declaração de inidoneidade, não sendo possível cumular a multa compensatória com suspensão temporária e declaração de inidoneidade, não sendo possível cumular com a multa moratória.
- 13.4. Aplica-se, no que couber, as disposições do Decreto distrital nº 26.851/2006 que regula a aplicação de sanções administrativas previstas nas Leis Federais nºs 8.666, de 21 de junho de 1993 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos), e 10.520, de 17 de julho de 2002 (Lei do Pregão), e dá outras providências.

14. DO DESCREDCIAMENTO

- 14.1. A inexecução total ou parcial deste Termo de Credenciamento ensejará o descredenciamento da Administradora de Benefícios com as consequências avençadas e as previstas em lei ou regulamento.
- 14.2. Constituem motivo para descredenciamento:
- I - o não cumprimento de cláusulas, especificações ou prazos.
 - II - o cumprimento irregular de cláusulas, especificações e prazos.

III - o atraso injustificado no início da execução das obrigações compromissadas neste Instrumento, inclusive as firmadas entre a CREDENCIANTE e a CREDENCIADA.

IV - a paralisação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação à CREDENCIANTE.

V - a subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação da CREDENCIADA com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas neste Instrumento, salvo prévia autorização.

VI - o desatendimento das determinações regulares emanadas da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores.

VII - o cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas na forma do § 1º do art. 67 da Lei n.º 8.666/93.

VIII - a decretação de falência ou a instauração de insolvência civil.

IX - a dissolução da CREDENCIADA.

X - a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da CREDENCIADA, que prejudique a execução deste Instrumento.

XI - razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a CREDENCIANTE e exaradas no processo administrativo a que se refere este Instrumento.

XII - a ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução deste Instrumento.

XIII - a contratação de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, conforme determina o Inciso XVIII do art. 78 da Lei nº 8.666/93.

XIV - os casos de descredenciamento serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

14.3. O descredenciamento poderá ser:

I - determinado por ato unilateral e escrito da CREDENCIANTE, nos casos enumerado nos incisos "I" a "XII" do subitem anterior.

II - amigável, por Acordo entre as partes, reduzida a termo no processo administrativo, desde que haja conveniência para a CREDENCIANTE.

III - judicial, nos termos da legislação.

14.4. O descredenciamento administrativo ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

14.5. Quando o descredenciamento ocorrer com base no inciso XI do **subitem 14.3**, sem que haja culpa da CREDENCIADA, será este ressarcido dos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, tendo ainda direito aos pagamentos devidos pela execução do Termo de Credenciamento até a data da rescisão.

14.6. O descredenciamento por descumprimento das cláusulas contratuais poderá acarretar indenizações, bem como a retenção dos créditos decorrentes deste Instrumento, até o limite dos prejuízos causados à CREDENCIANTE e/ou ÓRGÃO BENEFICIÁRIO, além das sanções previstas neste Instrumento.

14.7. O Termo de Acordo poderá ser cancelado ou descontinuado pela CREDENCIANTE, mediante prévio aviso de no mínimo 30 (trinta) dias, sem que caiba o direito a qualquer indenização à CREDENCIADA.

15. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

15.1. O presente Edital de Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação.

16. DA VIGÊNCIA DO EDITAL

16.1. Este edital terá vigência de até **60 (sessenta) meses**, contados da data de sua publicação no DODF, observado o disposto no **subitem 15.1** deste edital.

17. DA RESCISÃO

17.1. O Termo de Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

17.2. São causas de rescisão a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Acordo, Anexos, Edital e Proposta da **Administradora de Benefícios**, ou, ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal, apuradas em regular processo administrativo.

17.3. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 60 (sessenta) dias que anteceder à rescisão.

18. DO PEDIDO DE DESCREDECIMENTO VOLUNTÁRIO

18.1. O credenciado poderá requerer o descredenciamento voluntário do Termo de Acordo, **com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos**, no período de vigência do ato de homologação do credenciamento do presente processo, o qual poderá ser acolhido se observadas as seguintes condições:

18.1.1. Inexistência de processo de apuração de irregularidade ou infração que possa redundar na aplicação das sanções administrativas de que trata o **subitem 13.1** deste Edital; e

18.1.2. Justificativas adequadas e consistentes para aceitabilidade do pedido.

18.2. O pedido de descredenciamento deverá ser formulado em instrumento escrito, fundamentado, dirigido à autoridade credenciante da Comissão, que o apreciará em instância única.

18.2.1. Existindo processo de apuração de que trata o **subitem 13.1** deste Edital, ainda não concluso, o pedido será INDEFERIDO e, de plano, arquivado.

18.3. Deferido o pedido de descredenciamento voluntário, a decisão será expressa por Portaria da Comissão, publicada no DODF.

18.4. O pedido de descredenciamento voluntário:

18.4.1. Não gera a aplicação das sanções administrativas de que trata o presente Edital; e

18.4.2. Não suspende, para todos os efeitos legais, o andamento de processo de apuração de que trata o **subitem 13.1**, se porventura existente.

19. DO CREDENCIAMENTO ANUAL

19.1. A CREDENCIANTE formulará convite público, **pelo menos 01 (uma) vez a cada ano**, mediante aviso de convocação de credenciamento, visando à adesão de novos Interessados a compor banco de credenciados, observadas as condições previstas no Edital de Credenciamento.

19.2. Para primeira chamada para credenciamento os interessados poderão apresentar o envelope com a documentação, com vistas ao credenciamento, até o dia **XX/XX/2018**.

19.2.1. No dia, hora e local abaixo indicados, será realizada a abertura dos envelopes.

DATA: XX/XX/2018;

HORA: 14hs;

LOCAL: Coordenação de Licitações, da Subsecretaria de Compras Governamentais no Edifício Anexo do Palácio do Buriti, 5º Andar, sala 506, Ala Leste, Brasília, Distrito Federal - CEP 70.075-900.

19.2.2. A entrega dos envelopes deverá ocorrer a partir da data de publicação do edital, na data estabelecida no **subitem 19.2.1**, respeitado o intervalo mínimo de 30 (trinta) dias.

19.2.3. Não havendo expediente na data marcada, ficará adiada a reunião para o primeiro dia útil subsequente, mantido o mesmo horário e local, salvo disposições em contrário.

19.3. Ao término do período informado no **subitem 2.2**, a próxima oportunidade para o credenciamento de interessadas, durante a vigência deste Edital, será divulgada mediante publicação no Diário Oficial do Distrito Federal – DODF e na internet, no endereço eletrônico www.seplag.df.gov.br, conforme necessidade da Administração Pública.

20. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

20.2. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.

20.3. A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

20.4. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial do Distrito Federal.

20.5. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Especial de Credenciamento, localizada Coordenação de Licitações, da Subsecretaria de Compras Governamentais no Edifício Anexo do Palácio do Buriti, 5º Andar, sala 506, Ala Leste, Brasília, Distrito Federal - CEP 70.075-900, e-mail: pregoeirosulicXX@seplag.df.gov.br.

20.6. É facultada à Comissão Especial de Credenciamento ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

20.7. O Foro para solucionar os possíveis litígios que decorrerem deste procedimento de credenciamento será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.

20.8. Havendo irregularidades na prestação dos serviços e/ou no faturamento, deverá ser comunicada à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS através do sítio <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/central-de-atendimento-ao-consumidor> ou ainda pela Ouvidoria de Combate à Corrupção, no telefone 0800-6449060.

21. DOS ANEXOS

21.1. São partes integrantes do presente Edital, os seguintes Anexos:

Anexo I - Projeto Básico;

Anexo II - Declaração;

Anexo III - Declaração;

Anexo IV - Termo de Acordo.

HUGO MARCUS SILVA TEIXEIRENSE

Presidente da Comissão Especial

LADÉRCIO BRITO SANTOS FILHO

matrícula 271.088-9

EDCLEI DA COSTA ALMEIDA

matrícula 271.445-0

ALCEU CASTELLO BRANCO

matrícula 0269258-9

LUIZ ALBERTO GOMES GRANDE

matrícula 0269928-1

CARLOS LEANDRO DE OLIVEIRA

matrícula 0270057-3

ADEMAR PAULO GREGÓRIO

matrícula 1683956-0

De acordo.

APROVO o presente Edital de Convocação, com fundamentação na Lei Federal nº 8.666/93.

RENATO JORGE BROWN RIBEIRO

Secretário de Planejamento, Orçamento e Gestão

ANEXO I
PROJETO BÁSICO

1. DO OBJETO

1.1. **Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como administradora de benefícios ofertados por**, no mínimo, 02 (duas) **operadoras de Planos de Saúde particular**, no mínimo, e, 1 (uma) **operadora que assegure assistência odontológica**, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que apresente planos na modalidade coletivo empresarial, abrangência regional (estadual e/ou grupo de municípios), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, com coparticipação, podendo apresentar adicionalmente operadora que ofereça planos ambulatoriais, aos servidores do GDF ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, conforme condições e especificações constantes neste Projeto Básico e seus Anexos.

2. DO OBJETIVO

2.1. Disponibilizar Planos de Assistência à Saúde na modalidade coletivo empresarial, com, no mínimo, 02 (duas) operadoras de Planos de Saúde e 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com cobertura regional envolvendo o Distrito Federal e entorno (RIDE) , aos servidores, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do **do Governo do Distrito Federal**, assegurando também a cobertura de assistencial a Entidades que eventualmente venham a aderir ao processo, conforme especificações deste 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 enfermaria 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.

3. DA CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento, considera-se:

3.1. **USUÁRIOS** - Os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares ou de dependente.

3.2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – servidores ativos e inativos, e os pensionistas dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal.

3.3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** – O grupo familiar dos servidores titulares (ativos e inativos), na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.

3.4. **PENSIONISTA** – Beneficiário de pensão de Instituidor de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.

3.5. **AGREGADO** – membro do grupo familiar do beneficiário titular que não atende a condição de dependente, na forma estabelecida no **item 5.3** deste Projeto Básico.

3.6. **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, preferencialmente em consignação na folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, conforme indicado no ato da adesão do beneficiário titular.

3.7. **AUXÍLIO-SAÚDE** – valor devido ao beneficiário titular, para custeio parcial de seu benefício e de seus dependentes, mediante ressarcimento, preferencialmente consignado - respeitando os limites legais de margem no contracheque do mês subsequente à apresentação pelo servidor do comprovante de pagamento do Plano de Saúde.

3.8. **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.

3.9. **ABRANGÊNCIA DA REDE** – Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pelo órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal, na forma disciplinada neste Projeto Básico.

3.10. **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 a SEPLAG/DF celebrará Acordo de Cooperação Técnica, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar na forma exigida neste Projeto Básico.

3.11. **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar (sendo permitido a apresentação opcional e adicionalmente de planos ambulatoriais), 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 428, de 07 de novembro de 2017; 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.

3.11.1. As operadoras apresentadas pela administradora de benefícios para este credenciamento, deverão apresentar comprovação que possui Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), relativo a 2017 (ano-base 2016), **maior ou igual a 0,7000**.

3.11.2. As operadoras disponibilizadas pelas Administradoras de Benefícios, para atender ao objeto deste credenciamento não podem estar em situação de Direção Fiscal e/ou Técnica decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado.

3.12. **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.

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

3.12.2. **PLANO ESPECIAL** – Plano que inclui, além dos itens do plano básico, acomodação em apartamento individual.

3.12.3. **PLANO OPCIONAL** – Planos ambulatoriais.

3.12.4. As Administradoras de Benefícios **poderão apresentar planos opcionais**, com abrangência, segmentação, rede superior e/ou igual ao exigido neste Projeto Básico, com e sem coparticipação.

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

3.14. **TERMO DE ADESÃO** – Documento que formaliza a adesão da Administradora de Benefícios ao Termo de Acordo firmado junto a Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão - SEPLAG.

4. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

4.1. A contratação dos serviços de assistência médico-hospitalar é regida por:

a) Constituição Federal, de 05/10/1988;

b) Lei nº 8.666, de 21/06/1993, a qual institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências, e alterações posteriores;

c) Lei nº 9.656, de 03/06/1998, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e alterações posteriores;

d) Lei Complementar nº 840/2011, dispõe sobre a organização dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das fundações públicas distritais;

e) Resolução ANS nº 63 de, 22 de dezembro de 2003, a qual define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004;

f) Resolução ANS nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências;

g) Resolução ANS nº 196, de 14 de julho de 2009, com suas alterações, que dispõe sobre a Administradora de Benefícios;

h) Resolução ANS nº 203, de 01 de outubro de 2009, e alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS – Dispõe sobre ativos garantidores para administradoras de benefícios;

h.1) Instrução Normativa nº 33, de 5 de outubro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - Regulamenta o artigo 1º, § 2º da resolução normativa – rn nº 203, de 1 de outubro de 2009.

i) Resolução ANS nº 255, de 18 de maio de 2011, a qual dispõe sobre a designação do responsável pelo fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 64, de 10 de abril de 2011;

j) Resolução ANS nº 309, de 24 de outubro de 2012, dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

k) Resolução ANS nº 412, de 10 de novembro de 2016, dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão;

l) Resolução ANS nº 428, de 07 de novembro de 2017, atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde;

m) Orientações e especificações técnicas constantes nos autos.

4.2. Quanto ao método de formalização do credenciamento:

4.2.1. O credenciamento pretendido se justifica pela necessidade imediata do Estado em proporcionar aos servidores, seus dependentes e pensionistas, a opção de prevenção e manutenção de sua saúde física e mental por meio de rede privada de assistência à saúde;

4.2.2. Sobre tal premissa, Adilson Abreu Dallari, conceitua credenciamento como:

“o ato ou contrato formal pelo qual a Administração Pública confere a um particular, pessoa física ou jurídica, a prerrogativa de exercer certas atividades materiais ou técnicas, em caráter instrumental ou de colaboração com o Poder Público, a título oneroso, remuneradas diretamente pelos interessados, sendo que o resultado dos trabalhos desfruta de especial credibilidade, tendo o outorgante o poder/dever de exercer a fiscalização, podendo até mesmo extinguir a outorga, assegurados os direitos e interesses patrimoniais do outorgado inocente e de boa-fé.”

4.2.3. Pode-se dizer ainda, de uma maneira mais simples, **que o credenciamento é um método, um sistema pelo qual irá se efetivar uma contratação direta, onde o Poder Público não seleciona apenas um participante, mas sim, pré-qualifica todos os interessados que preenchem os requisitos previamente determinados no ato convocatório;**

4.2.4. Neste caso, há uma necessidade que a Administração Pública pretende suprir mediante contrato, contudo, diferentemente do que ocorre na praxe, onde há apenas um vencedor, e, por consequência, apenas um contratado, no sistema de credenciamento não se objetiva um único contrato, mas vários, sendo que todos podem atender perfeitamente o objeto pretendido pelo Poder Público;

4.2.5. Nesse sentido, a formalização se pauta nas disposições constantes no Decreto nº 36.520/2015, em especial, os arts. 31 a 33, do Capítulo IX, *in verbis*:

Art. 31. No caso de contratação direta por emergência em razão da falta de adoção oportuna de providências necessárias para licitação, a fim de apurar desídia ou omissão de agente público, a autoridade superior deve determinar a abertura de procedimento para apuração do fato e aplicação de sanções administrativas cabíveis, observando-se o disposto em regulamento específico.

(...)

Art. 33. O edital de credenciamento deverá prever:

I – o período de inscrição;

II – o prazo mínimo de 30 (trinta) dias, entre a publicação do edital e a apresentação da documentação;

III – o projeto básico, definindo o objeto;

IV - os critérios de habilitação a serem avaliados;

V – a fixação das regras a serem observadas pelos credenciados na prestação do serviço;

VI – a previsão das condições e prazos para pagamento dos serviços;

VII – a vedação expressa de pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada;

VIII – a previsão de critérios de reajustamento ou repactuação;

IX – a possibilidade de descredenciamento a qualquer tempo do credenciado, mediante notificação à Administração Pública, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, respeitados os contratos firmados;

X – a previsão de os usuários denunciarem irregularidade na prestação dos serviços e/ou no faturamento;

XI – o estabelecimento das hipóteses de descredenciamento pela Administração Pública, assegurados o contraditório e a ampla defesa;

XII – a aplicação das regras pertinentes à impugnação do instrumento convocatório;

XIII – a obrigação de a entidade privada credenciada colocar em local visível ao público usuário placa com a divulgação do contrato, assim como a forma de contatar o órgão público para reclamações;

XIV – a validade do credenciamento de até 1 (um) ano, admitida a prorrogação:

a) para os que tiverem interesse após esse prazo; e

b) com reabertura de prazo para novas inscrições.

Parágrafo único. O período de inscrição poderá estar permanentemente aberto ou, mediante justificativa, estar fechado em determinado prazo, desde que seja reaberto em até 1 (um) ano.

5. DOS BENEFICIÁRIOS

5.1. São considerados beneficiários titulares os servidores ativos, inativos e os pensionistas dos órgãos e entidades da Administração Direta e Indireta do Governo do Distrito Federal.

5.2. São considerados beneficiários dependentes:

a) O cônjuge ou companheiro(a) de união estável;

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

ii. a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia; desde que haja decisão judicial concedendo tal benefício.

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

c) 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 pela SEPLAG/DF;

d) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial.

5.3. 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 assumam integralmente o respectivo custeio.

5.3.1. Para fins do **subitem 5.3**, são considerados membros do Grupo familiar do servidor:

a) mãe, pai, madrasta e padrasto;

b) os filhos e enteados que não satisfaçam as condições do **subitem 5.2**;

c) os irmãos; e

d) os netos.

6. DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO

6.1. Os servidores ativos e inativos integrantes do quadro de pessoal permanente dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a administração pública distrital, os requisitados de outros órgãos e entidades pública 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 neste Projeto Básico.

6.2. O auxílio será, preferencialmente consignado, respeitando os limites legais de margem, 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 de cada um dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

6.3. Para escoar atendimento a modalidade supramencionada, qual seja, desconto consignado facultativo, os servidores e administradoras de plano credenciadas deverão observar as disposições constantes no Decreto Distrital nº 28.195, de 16 de agosto de 2017.

7. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas administradoras de benefícios credenciadas pelo SEPLAG/DF, os servidores ativos e inativos, e os pensionistas dos órgãos e entidades do do Governo do Distrito Federal, mediante manifestação expressa junto à administradora de benefícios.

7.2. **É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Projeto Básico.**

7.3. Os servidores ativos e inativos dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal e seus dependentes disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo entre a SEPLAG/DF 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 9.1.2**.

7.4. Os servidores ativos e inativos das Entidades e seus dependentes que adiram ao processo deste credenciamento promovido pela SEPLAG/DF disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da adesão da entidade ao Termo de Acordo firmado pela SEPLAG/DF 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 9.1.2**.

7.5. Os pensionistas dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo entre a SEPLAG/DF 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 9.1.2**.

7.6. Os pensionistas das Entidades que vierem a aderir o processo, do Governo do Distrito Federal disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da adesão da entidade ao Termo de Acordo firmado pela SEPLAG/DF 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 9.1.2**.

7.7. 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 unidade técnica de gestão de pessoas do órgão 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 9.1.2**.

7.8. 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 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 9.1.2**.

7.9. Fica sujeita à carência prevista no **subitem 9.1.2** a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pela beneficiário titular

7.10. 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 e/ou do Distrito Federal.

7.11. 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 os órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

7.12. Poderá a Administradora de Benefícios manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com os órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

7.13. A solicitação de inscrição 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:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
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.

7.14. A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	SUSPENSÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 10º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente.
11º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

7.15. Caberá aos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal 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.

7.16. A adesão de agregados, disciplinado no item 5.3, observará o disposto nos itens 7.3, 7.4, 7.9, 7.13 e 7.14 deste Projeto Básico.

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

7.18. As administradoras de benefícios **poderão apresentar planos opcionais**, com abrangência, segmentação, rede superior e/ou igual ao exigido neste Projeto Básico, com e sem coparticipação.

DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- 8.1. Nos termos da Resolução Normativa ANS nº 412, de 10 de novembro de 2016, 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.
- 8.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto na Lei Complementar nº 840/2011.
- 8.3. Ressalvadas as situações previstas no item 8.1, a administradora de benefícios poderá promover a rescisão unilateral do Termo de Acordo do servidor ativo/inativo dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal e 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 Termo de Acordo, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo (50º) dia de inadimplência.
- 8.4. É de responsabilidade dos usuários do Plano de Assistência à Saúde dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal solicitar, formalmente, à unidade de Gestão de Pessoas e à Administradora de Benefícios, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.
- 8.5. Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal 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.

9. DA CARÊNCIA

- 9.1. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Plano de Assistência à Saúde:
- 9.1.1. dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 7, subitens 7.3, 7.4, 7.5 e 7.6;
- 9.1.2. para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no item 7, subitens 7.3, 7.4, 7.5 e 7.6; deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, contadas da data de inclusão do plano junto a operadora:
- a) Urgência e emergência – 24 horas;
- 9.2. internações hospitalares – 180 (cento e oitenta) dias;
- a) demais exames e tratamentos – 180 (cento e oitenta) dias;
- b) doenças e lesões pré-existente – 24 meses;
- c) partos – 300 (trezentos) dias.

10. DA PORTABILIDADE

- 10.1. Os servidores dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal 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, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no **subitem 9.1.2.**

11. DOS BENEFÍCIOS

- 11.1. 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.
- 11.2. A cobertura ambulatorial compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme abaixo listados:
- 11.2.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos estritos termos do inc. I, do art. 21, da Resolução Normativa - ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017;
- 11.2.2. 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;
- 11.2.3. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar;
- 11.2.4. 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.
- 11.3. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:
- 11.3.1. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- 11.3.2. Quimioterapia ambulatorial;
- 11.3.3. Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- 11.3.4. Hemoterapia ambulatorial;
- 11.3.5. Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
- 11.3.6. Tratamento fisioterápico;
- 11.3.7. Tratamento fonoaudiológico.
- 11.4. 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:
- 11.4.1. atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 11.4.2. 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.
- 11.4.3. 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.
- 11.5. 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:
- 11.5.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 11.5.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- 11.5.3. diária de internação hospitalar;

- 11.5.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- 11.5.5. 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;
- 11.5.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;
- 11.5.7. 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;
- 11.5.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- 11.5.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 11.5.10. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 11.5.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- 11.5.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- 11.5.13. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 11.5.14. 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:
- Despesas assistenciais com doadores vivos;
 - Medicamentos utilizados durante a internação;
 - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- 11.5.15. 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.
- 11.5.16. 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.
- 11.5.17. 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.
- 11.5.18. Cirurgias plásticas reparadoras, quando necessárias à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Termo de Acordo 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.
- 11.5.19. 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.
- 11.5.20. 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:
- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - Quimioterapia;
 - Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição parenteral ou enteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Fisioterapia;
 - Próteses intra-operatórias;
 - Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
 - 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;
 - Procedimentos obstétricos;
 - Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea, rim e medula óssea exceto medicação de manutenção.
- 11.5.21. 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 meses.
- 11.6. atendimentos psiquiátricos ou tratamentos dos transtornos psiquiátricos codificados no CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas nas Resoluções da ANS em vigor.

12. DAS EXCLUSÕES

- 12.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto no artigo 10 da 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.
- 12.2. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
 - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
 - Inseminação artificial;

- 12.2.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 12.2.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 12.2.8. Transplantes, à exceção de córnea, rim e medula óssea, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 12.2.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 12.2.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 12.2.11. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 12.2.12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 12.2.13. Aplicação de vacinas preventivas;
- 12.2.14. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 12.2.15. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 12.2.16. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 12.2.17. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- 12.2.18. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e
- 12.2.19. Cobertura não prevista no caso da UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

13. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

13.1. Atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:

- 13.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- 13.1.2. 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.
- 13.1.3. 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:
 - 13.1.3.1. 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;
 - 13.1.3.2. 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.

14. DO REEMBOLSO

14.1. 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:

- 14.1.1. 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;
- 14.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- 14.1.3. 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;
- 14.1.4. 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;
- 14.1.5. 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 contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:
 - 14.1.5.1. 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;
 - 14.1.5.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
 - 14.1.5.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
 - 14.1.5.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso;
 - 14.1.5.5. 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.

15. DA REMOÇÃO

15.1. 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.

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

- 15.2.1. 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;
- 15.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;
- 15.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no **subitem 14.1.5.**, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

16. DAS ACOMODAÇÕES

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

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

16.1.2. PLANO ESPECIAL – compreende o Plano Básico, mas com acomodação em apartamento individual.

16.1.3. PLANO OPCIONAL – Planos ambulatoriais.

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

16.3. 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.

16.3.1. Tal medida justifica-se para que haja conscientização do uso devido do plano de saúde, visando o controle de sinistralidade da carteira, já visando o controle e redução do percentual de reajuste ao final de 12 meses, bem como visando, principalmente, que sejam ofertados planos com valores mais acessíveis, ressaltando que o **subitem 16.1** já permite que sejam apresentados planos com outras condições contratuais, dentre elas, sem coparticipação.

16.4. A Administradora de Benefícios poderá ofertar, adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Projeto Básico, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos em Decreto a ser regulamentado.

17. REDE CREDENCIADA

17.1. A rede de atendimento disponibilizada pela Administradora de Benefícios para a prestação de serviços de assistência à saúde deverá ser oferecida por, no mínimo, 02 (duas) operadoras de planos de saúde e 1 (uma) operadora de plano odontológico, de abrangência regional (estadual e/ou grupo de municípios) (área do Distrito Federal e entorno – RIDE), 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, podendo ser apresentada opcional e adicionalmente operadora de planos ambulatoriais, para atender aos beneficiários dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal.

17.2. Os planos das operadoras disponibilizadas para assegurar a cobertura assistencial da mesma forma às Entidades que formalizarem sua adesão ao acordo firmado pela SEPLAG/DF e Administradora de Benefícios.

17.3. A Administradora deverá estabelecer, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo, um canal de comunicação direto para contato dos servidores dos órgãos e entidades do Distrito Federal (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

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

18. DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

18.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

a) Disponibilizar aos Beneficiários dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal, no mínimo 02 (duas) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar e 1 (uma) operadora de plano odontológico, de abrangência regional (área do Distrito Federal e entorno – RIDE), assegurando também a cobertura assistencial das Entidades que formalizarem sua adesão ao acordo firmado entre a SEPLAG/DF e a Administradora.

b) 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 :

b.1) Negociação de reajuste;

b.2) Aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados de assistência à saúde; e

b.3) Alteração de rede assistencial.

c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial e odontológicos junto aos beneficiários dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal;

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

e) Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto aos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;

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

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

h) Efetivar 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;

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

j) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas.

k) 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;

l) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

m) Informar mensalmente à Fiscalização do Acordo as exclusões de beneficiários titulares, dependentes e pensionistas;

n) Disponibilizar serviços de atendimento ao usuário da administradora de benefícios, sem prejuízo da central de atendimento das operadoras contratadas pela administradora de benefícios;

o) Efetivar, quando solicitado, o aproveitamento de carências, no aniversário do Termo de Acordo, nas seguintes condições:

o.1) não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) nos últimos 12 (doze) meses;

o.2) A opção seja para plano equivalente na operadora escolhida, entre as operadoras apresentadas pela administradora de benefícios;

o.3) Inexistência de gravidez e/ou doença preexistente.

p) 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;

q) Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços;

r) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

s) 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;

t) As administradoras de benefícios credenciadas deverão 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

- u) As administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- v) Emitir **relatórios gerenciais**, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:
 - I – Perfil Demográfico da Carteira;
 - II – Relatório de sinistralidade;
 - III – Indicadores sobre a Utilização¹ (vide anexo II);
 - a) Beneficiários;
 - b) Prestadores.
 - IV – Casos Crônicos e de Risco;
 - a) Identificação de casos Crônicos;
 - b) Descrição das Patologias;
- w) 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;
- x) manter a rede de operadoras credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta;
- y) 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;
- z) é vedado a Administradora de Benefícios subcontratar total ou parcialmente o objeto do Termo de Acordo;
- aa) 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.
- ab) 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).

19. OBRIGAÇÕES DA OPERADORA APRESENTADA PELA ADMINISTRADORA

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

19.1.1. Cobrar das Operadoras de assistência médica/hospitalar conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

- 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) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial;
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso 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:
 - i. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
 - ii. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
 - iii. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
 - iv. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- e) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados; e
- 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 19.1.;
- j) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios;
- k) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênicas, 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.

20. DAS OBRIGAÇÕES DA SEPLAG/DF

20.1. São obrigações dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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 da SEPLAG, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando as ocorrências de

21. DOS REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

- 21.1. As empresas Administradoras de Benefícios interessadas firmar Termo de Acordo com a SEPLAG/DF deverão cumprir as seguintes condições:
- a) Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;
 - b) Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registradas na ANS, a(s) qual(is) deverá(ao) prestar os respectivos serviços aos beneficiários dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal, contemplando as regras estabelecidas neste Projeto Básico, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
 - c) Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;
 - d) Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de saúde, na modalidade coletivo empresarial, de operadoras devidamente registradas na ANS. O atestado deve ser datado e assinado e deverá conter informações que permitam a identificação correta do CONTRATANTE e do prestador do serviço;
 - e) Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;
 - f) 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;
 - g) Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, relativa ao 2º trimestre de 2018, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;
 - h) Apresentar declaração de, no mínimo, 03 (três) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo ser apresentada, obrigatoriamente, declaração do Banco do Brasil;
 - i) 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;
 - j) Comprovar através de catálogos ou mídia que as operadoras disponibilizadas dispõem de Rede Credenciada na área de abrangência estabelecida pela SEPLAG/DF, que atendem às exigências do item 15 desse Projeto Básico;
 - k) Apresentar proposta de preços dos Planos de Saúde ofertados, de no mínimo, 01 (uma) operadora que assegure assistência odontológica e, no mínimo, 02 (duas) operadora de Planos de Saúde particular, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que apresente planos na modalidade coletivo empresarial, abrangência regional (estadual e/ou grupo de municípios), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, com coparticipação, podendo apresentar adicionalmente operadora que ofereça planos ambulatoriais, aos servidores do GDF ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, para atender aos beneficiários dos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal.
 - k.1) Os preços a serem ofertados para os planos de assistência à saúde deverão estar de acordo com as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003, ou seja, deverão ser cotados por faixa etária obedecendo às regras estabelecidas na mencionada Resolução.
 - k.2) As operadoras disponibilizadas pelas administradoras de benefícios, para atender às exigências deste Projeto Básico, não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou estarem em situação de direção fiscal e/ou técnica decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado.
 - l) A administradora de benefícios deverá emitir e apresentar declaração de que se compromete a apresentar, no prazo de 30 (trinta) dias da formalização do Termo de Adesão pela Entidade Vinculada, 1 (uma) operadora com produto destinado à cobertura assistencial, na área de abrangência geográfica e que disponha de rede credenciada na área desta entidade.
 - l.1) A Administradora ficará dispensada de apresentar nova operadora para atender a área de abrangência geográfica da Entidade Vinculada quando houver produto das operadoras já disponibilizadas que cumpra os requisitos previstos nesta alínea.
 - m) A Administradora apresentará a SEPLAG/DF os Termos de Acordo, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a SEPLAG/DF;
 - m.1) Não será permitido uma mesma operadora autorizar mais de uma administradora a estipular seus planos.

22. DA VIGÊNCIA

- 22.1. O Termo de Acordo terá prazo de vigência de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais 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.

23. DO REAJUSTE

- 23.1. Os preços poderão ser reajustados, após 12 (doze) meses, contados a partir da data do início da prestação dos serviços, nos termos da **Resolução Normativa ANS nº 309/2012**.
- 23.2. O reajuste, tanto financeiro quanto por sinistralidade, será aplicado a partir da renovação da vigência contratual.
- 23.3. Reajuste Financeiro: de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH).
- 23.4. Reajuste por Sinistralidade: com a revisão da taxa de sinistralidade, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Termo de Acordo.
- 23.5. O índice de sinistralidade, para efeito da revisão da contraprestação pecuniária, será sempre o resultado da divisão do total da Despesa Assistencial verificada no período de apuração pelo total da Contraprestação Pecuniária Líquida cobrada durante o mesmo período.
- 23.6. Sempre que o índice de sinistralidade verificada estiver acima de 70% (setenta por cento), as contraprestações pecuniárias serão recalculadas, na forma acima estabelecida, por índice apurado pela seguinte fórmula:

$$Cr = Cv.(Iv/0,70)$$

Onde:

Cr = Contraprestação Pecuniária Reajustada

Cv = Contraprestação Pecuniária Vigente

Iv = Índice Sinistralidade Verificada

23.7. O valor de cada prestação de serviço a ser paga pelo beneficiário (Titular e Dependentes), de acordo com os preços praticados na nova faixa etária alcançada, e será cobrado no mês seguinte ao aniversário do beneficiário.

23.8. Os reajustes, quando pleiteados, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e a SEPLAG/DF, por intermédio de sua unidade técnica de benefícios ao servidor.

24. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

24.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da SEPLAG/DF, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

25. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

25.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

25.1.1. Advertência por escrito;

25.1.2. Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente (s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

25.1.3. Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;

25.1.4. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;

25.2. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade.

25.3. As sanções previstas nos **subitens 25.1.1 e 25.1.2** poderão ser aplicados concomitantemente com as dos **subitens 25.1.4 e 25.2**, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

25.3.1. A multa compensatória poderá ser cumulada como suspensão temporária e declaração de inidoneidade, não sendo possível cumular a multa compensatória com suspensão temporária e declaração de inidoneidade, não sendo possível cumular com a multa moratória.

25.4. Aplica-se, no que couber, as disposições do Decreto distrital nº 26.851/2006 que regula a aplicação de sanções administrativas previstas nas Leis Federais nºs 8.666, de 21 de junho de 1993 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos), e 10.520, de 17 de julho de 2002 (Lei do Pregão), e dá outras providências.

26. DO DESCREDENCIAMENTO

26.1. A inexecução total ou parcial deste Termo de Credenciamento ensejará o descredenciamento da Administradora de Benefícios com as consequências avençadas e as previstas em lei ou regulamento.

26.2. Constituem motivo para descredenciamento:

I - o não cumprimento de cláusulas, especificações ou prazos.

II - o cumprimento irregular de cláusulas, especificações e prazos.

III - o atraso injustificado no início da execução das obrigações compromissadas neste Instrumento, inclusive as firmadas entre a CREDENCIANTE e a CREDENCIADA.

IV - a paralisação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação à CREDENCIANTE.

V - a subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação da CREDENCIADA com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas neste Instrumento, salvo prévia autorização.

VI - o desatendimento das determinações regulares emanadas da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores.

VII - o cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas na forma do § 1º do art. 67 da Lei n.º 8.666/93.

VIII - a decretação de falência ou a instauração de insolvência civil.

IX - a dissolução da CREDENCIADA.

X - a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da CREDENCIADA, que prejudique a execução deste Instrumento.

XI - razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a CREDENCIANTE e exaradas no processo administrativo a que se refere este Instrumento.

XII - a ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução deste Instrumento.

XIII - a contratação de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, conforme determina o Inciso XVIII do art. 78 da Lei nº 8.666/93.

XIV - os casos de descredenciamento serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

26.3. O descredenciamento poderá ser:

I - determinado por ato unilateral e escrito da CREDENCIANTE, nos casos enumerado nos incisos "I" a "XII" do subitem anterior.

II - amigável, por Acordo entre as partes, reduzida a termo no processo administrativo, desde que haja conveniência para a CREDENCIANTE.

III - judicial, nos termos da legislação.

26.4. O descredenciamento administrativo ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

26.5. Quando o descredenciamento ocorrer com base no inciso XI do **subitem 26.3**, sem que haja culpa da CREDENCIADA, será este ressarcido dos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, tendo ainda direito aos pagamentos devidos pela execução do Termo de Credenciamento até a data da rescisão.

26.6. O descredenciamento por descumprimento das cláusulas contratuais poderá acarretar indenizações, bem como a retenção dos créditos decorrentes deste Instrumento, até o limite dos prejuízos causados à CREDENCIANTE e/ou ÓRGÃO BENEFICIÁRIO, além das sanções previstas neste Instrumento.

26.7. O Termo de Acordo poderá ser cancelado ou descontinuado pela CREDENCIANTE, mediante prévio aviso de no mínimo 30 (trinta) dias, sem que caiba o direito a qualquer indenização à CREDENCIADA.

27. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

27.1. A SEPLAG/DF realizará o acompanhamento da execução do Termo de Acordo, 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).

27.2. A execução dos serviços prestados pela administradora será acompanhada e fiscalizada por servidores da SEPLAG, especialmente designados na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

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

28. DA RESCISÃO

28.1. Este Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

28.2. São causas de rescisão a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Acordo, Anexos, Edital e Proposta da **Administradora de Benefícios**, ou, ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação aos órgãos e entidades do Governo do Distrito Federal, apuradas em regular processo administrativo.

28.3. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 60 (sessenta) dias que anteceder à rescisão.

29. DO PEDIDO DE DESCREDECIMENTO VOLUNTÁRIO

29.1. O credenciado poderá requerer o descredenciamento voluntário do Termo de Acordo, **com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos**, no período de vigência do ato de homologação do credenciamento do presente processo, o qual poderá ser acolhido se observadas as seguintes condições:

29.1.1. Inexistência de processo de apuração de irregularidade ou infração que possa redundar na aplicação das sanções administrativas de que trata o **subitem 25.1** deste documento; e

29.1.2. Justificativas adequadas e consistentes para aceitabilidade do pedido.

29.2. O pedido de descredenciamento deverá ser formulado em instrumento escrito, fundamentado, dirigido à autoridade credenciante da Comissão, que o apreciará em instância única.

29.2.1. Existindo processo de apuração de que trata o **subitem 25.1** deste documento, ainda não concluso, o pedido será INDEFERIDO e, de plano, arquivado.

29.3. Deferido o pedido de descredenciamento voluntário, a decisão será expressa por Portaria da Comissão, publicada no DODF.

29.4. O pedido de descredenciamento voluntário:

29.4.1. Não gera a aplicação das sanções administrativas de que trata o presente Projeto Básico; e

29.4.2. Não suspende, para todos os efeitos legais, o andamento de processo de apuração de que trata o **subitem 25.1**, se porventura existente.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS

30.1. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras 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.

30.2. 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.

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

30.4. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

30.5. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras 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.

30.6. 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;

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

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

30.8. 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.

30.9. 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.

30.9.1. A escolha do desempatador será feita em comum acordo pelo assistente e pela operadora. O consenso poderá ocorrer entre o assistente e a operadora até a realização da junta;

30.9.2. Cabe ao profissional assistente determinar as características das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à realização do procedimento. A indicação deverá ser justificada clinicamente e deverão ser oferecidas, pelo menos, três marcas de produtos de fabricantes diferentes;

30.9.3. A junta poderá ser realizada nas modalidades presencial ou à distância, definida a critério do desempatador;

30.9.4. O tempo para realização do procedimento não poderá ultrapassar os prazos máximos da garantia de atendimento determinados pela ANS no art. 3º da Resolução Normativa nº 259/2011, a saber:

a) Consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia): em até 7 dias úteis;

b) Consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 dias úteis;

c) Consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 dias úteis;

d) Consulta/sessão com nutricionista: em até 10 dias úteis;

e) Consulta/sessão com psicólogo: em até 10 dias úteis;

f) Consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 dias úteis;

g) Consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 dias úteis;

h) Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 dias úteis;

i) Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 dias úteis;

j) Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 dias úteis;

k) Procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 dias úteis;

l) Atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 dias úteis;

m) Atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 dias úteis.

30.9.5. **Fica estabelecida as situações de inadmissibilidade de formação de junta médica:**

a) Casos de urgência ou emergência;

b) Quando os procedimentos ou eventos não estão previstos nem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nem no Termo de Acordo;

c) Quando há indicação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) utilizados exclusivamente em procedimento não coberto pelo Rol de Procedimentos e Eventos em

d) Saúde, exceto nos casos de procedimentos que sejam garantidos pelo Termo de Acordo, ainda que não previstos no Rol; ou

e) Nos casos em que há indicação de OPME ou medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ou para uso não constante no manual, instrução de uso ou bula (*off label*).

30.10. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo, assistência de canal **0800**, para os esclarecimentos que se fizerem necessários para adesão dos beneficiários e a Operadora apresentada por ela canal **0800** para dúvidas assistenciais e atendimento 24 horas.

30.11. 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.

30.12. 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.

30.13. Os casos omissos serão dirimidos pela Subsecretaria de Gestão de Pessoas da SEPLAG/DF, em conjunto com a administradora de benefícios.

30.14. O Foro para solucionar os possíveis litígios que decorrerem deste procedimento de credenciamento será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.

31. DOS ANEXOS

31.1. São partes integrantes do presente Projeto Básico, os seguintes Anexos:

Anexo I – Indicadores de Gestão das Administradoras de Planos de Saúde credenciadas; e

Anexo II - Tabela de Adoecimento de Servidores.

ANEXO I do Projeto Básico

INDICADORES DE GESTÃO DAS ADMINISTRADORAS DE PLANOS DE SAÚDE CREDENCIADAS

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - SEPLAG/DF

ESCRITÓRIO DE PROJETOS SEPLAG

INDICADORES DE GESTÃO DAS ADMINISTRADORAS DE PLANOS DE SAÚDE CREDENCIADAS

NÚMERO DO INDICADOR	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	FÓRMULA DE CALCULO	VARIÁVEL A	VARIÁVEL B	APURADO EM mm/a.a.	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO/ALCANÇADO EM			FONTE DA INFORMAÇÃO
								1º ANO	2º ANO	3º ANO	
1	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS DE SERVIDOR ATIVOS	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos realizados	Quantidade total de servidores ativos atendidos		MÊS/TRIMESTRE				
2	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS DE SERVIDOR PENSIONISTAS	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos realizados	Quantidade total de servidores pensionistas atendidos		MÊS/TRIMESTRE				
3	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS DE SERVIDOR APOSENTADOS	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos realizados	Quantidade total de servidores aposentados atendidos		MÊS/TRIMESTRE				
4	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS DE DEPENDENTES	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos realizados	Quantidade total de dependentes atendidos		MÊS/TRIMESTRE				
5	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS EM PESSOAS DO SEXO FEMININO	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos realizados	Quantidade total de atendimentos realizados em pessoas do sexo feminino		MÊS/TRIMESTRE				
14	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SEGMENTO MÉDICO/HOSPITALAR	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos realizados	Quantidade total de atendimentos realizados no segmento médico/hospitalar		MÊS/TRIMESTRE				
15	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SEGMENTO ODONTOLÓGICO	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos realizados	Quantidade total de atendimentos realizados no segmento odontológico		MÊS/TRIMESTRE				
7	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS RECUSADOS NO	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos solicitados do	Quantidade de atendimentos recusados do segmento médico/hospitalar		MÊS/TRIMESTRE				

	SEGMENTO MÉDICO/HOSPITALAR			segmento médico/hospitalar						
8	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS RECUSADOS NO SEGMENTO ODONTOLÓGICO	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de atendimentos solicitados do segmento odontológico	Quantidade de atendimentos recusados no segmento odontológico		MÊS/TRIMESTRE			
16	NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS PELOS PLANOS DE SAÚDE	UNIDADE	A	Quantidade total de atendimentos realizados	-		SEMESTRE/ANO			
17	NÚMERO TOTAL DE HOSPITAIS/CLINICAS CREDENCIADAS DO SEGMENTO MÉDICO/HOSPITALAR	UNIDADE	A	Quantidade total de hospitais/clínicas médico/hospitalares credenciadas	-		SEMESTRE/ANO			
18	NÚMERO TOTAL DE HOSPITAIS/CLINICAS CREDENCIADAS DO SEGMENTO ODONTOLÓGICO	UNIDADE	A	Quantidade total de hospitais/clínicas odontológicas credenciadas	-		SEMESTRE/ANO			
19	PERCENTUAL DE UTILIZAÇÃO DOS HOSPITAIS/CLINICAS CREDENCIADAS NO SEGMENTO MÉDICO/HOSPITALAR	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de hospitais/clínicas medico/hospitalares credenciadas	Quantidade hospitais/clínicas médico/hospitalares utilizados no período		SEMESTRE/ANO			
21	PERCENTUAL DE UTILIZAÇÃO DOS HOSPITAIS/CLINICAS CREDENCIADAS NO SEGMENTO ODONTOLÓGICO	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de hospitais/clínicas odontológicas credenciadas	Quantidade hospitais/clínicas odontológicas utilizados no período		MÊS/TRIMESTRE			
23	PERCENTUAL DE HOSPITAIS/CLINICAS DESCREDENCIADAS DO SEGMENTO MÉDICO/HOSPITALAR	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de hospitais/clínicas medico/hospitalares credenciadas no início do período	Quantidade total de hospitais/clínicas médico/hospitalares descredenciadas ao fim do período		SEMESTRE/ANO			
24	PERCENTUAL DE HOSPITAIS/CLINICAS DESCREDENCIADAS DO SEGMENTO ODONTOLÓGICO	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de hospitais/clínicas odontológicas credenciadas no início do período	Quantidade total de hospitais/clínicas odontológicas descredenciadas ao fim do período		MÊS/TRIMESTRE			
25	NÚMERO DE ATENDIMENTOS DO PLANO BÁSICO	UNIDADE	A	Quantidade total de atendimentos realizados de planos básicos	-		MÊS/TRIMESTRE			
26	NÚMERO DE ATENDIMENTOS DO PLANO ESPECIAL	UNIDADE	A	Quantidade total de atendimentos realizados de planos especiais	-		SEMESTRE/ANO			
27	PERCENTUAL DE RECLAMAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade de beneficiários cadastrados	Quantidade de reclamações do plano		SEMESTRE/ANO			
28	PERCENTUAL DE RECLAMAÇÕES DO SEGMENTO MÉDICO/HOSPITALAR	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de reclamações	Quantidade de reclamações do segmento médico/hospitalar		MÊS/TRIMESTRE			
29	PERCENTUAL DE RECLAMAÇÕES DO SEGMENTO ODONTOLÓGICO	PERCENTUAL	B/A*100	Quantidade total de reclamações	Quantidade de reclamações do segmento odontológico		MÊS/TRIMESTRE			

**ANEXO II do Projeto Básico
TABELA DE ADOECIMENTO DE SERVIDORES**

Tabelas extraídas do "PERFIL DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTATUTÁRIOS" (11620416) elaborado pela Diretoria de Epidemiologia em Saúde do Servidor, da Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SUBSAUDE), com escopo de apresentar o perfil do absenteísmo-doença dos servidores estatutários da Administração Direta, Autárquica, Fundacional e de Empresas Públicas do Governo do Distrito Federal (GDF) que homologaram atestados na Perícia Médica Oficial da SUBSAUDE/SEPLAG.

TIPOS DE LICENÇAS - SEE - ANO 2017		
LICENÇAS ADMINISTRATIVAS POR MOTIVO DE SAÚDE	QUANTITATIVO	PERCENTUAL
ATESTADO DE COMPARECIMENTO	29485	37,87%
EXAME MÉDICO PREVENTIVO	1736	2,23%
ATESTADOS MÉDICOS ACATADOS PELA CHEFIA IMEDIATA	15213	19,54%
LICENÇAS RELACIONADAS A GESTAÇÃO		
LICENÇA MATERNIDADE	389	0,50%
LICENÇA MATERNIDADE (ABORTO)	58	0,07%
LICENÇA MATERNIDADE (NATIMORTO)	1	0,00%
LICENÇAS PARA ACOMPANHAR FAMILIAR ENFERMO		
LICENÇAS PARA ACOMPANHAR FAMILIAR ENFERMO	4017	5,16%
LICENÇAS RELACIONADAS A DOENÇA OU ACIDENTE DE TRABALHO		
LICENÇAS RELACIONADAS A DOENÇA PROFISSIONAL OU ACIDENTE DE TRABALHO	3	0,00%
LICENÇAS POR MOTIVO DE SAÚDE DO SERVIDOR		
LICENÇA PARA TRATAMENTO DA SAÚDE DO SERVIDOR	26956	34,62%

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SEXO

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SEXO SEE - 2017	QUANTIDADE DE LICENÇAS	MÉDIA DE SERVIDORES ATIVOS	IFL
FEMININO	22190	27267,5	0,81
MASCULINO	4766	10106,5	0,47
TOTAL	26.956	37.374	0,72

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR CAPÍTULO DA CID 10 SEE - ANO 2017

CAPÍTULOS DA CID 10	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,02%	3,00%	2,19%
Capítulo II - Neoplasias [tumores]	1,36%	1,51%	1,38%
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0,20%	0,13%	0,19%
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0,39%	0,76%	0,46%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	26,84%	20,27%	25,68%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	1,46%	1,11%	1,40%
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos	2,10%	3,59%	2,36%
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,50%	0,36%	0,48%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	1,74%	3,15%	1,99%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	6,22%	6,84%	6,33%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	2,31%	3,34%	2,49%
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,46%	0,61%	0,48%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	17,71%	16,70%	17,53%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	2,05%	1,32%	1,92%
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	1,55%	0,02%	1,28%
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,04%	0,08%	0,04%
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	3,24%	2,58%	3,12%
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	5,61%	9,65%	6,32%
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	0,04%	0,04%	0,04%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	9,81%	9,67%	9,78%
Sem informação da CID 10 no SIGRH	14,36%	15,27%	14,52%

ANÁLISE DOS SERVIDORES AFASTADOS POR CAPÍTULO DA CID 10 SEE - 2017

CAPÍTULOS DA CID 10	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,87%	5,43%	4,16%
Capítulo II - Neoplasias [tumores]	1,88%	1,81%	1,87%
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0,35%	0,17%	0,32%
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0,65%	1,25%	0,77%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	29,42%	21,82%	27,98%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	2,58%	1,72%	2,42%
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos	4,09%	5,82%	4,42%
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1,00%	0,56%	0,91%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	3,15%	4,05%	3,32%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	11,24%	1,04%	1,20%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	4,37%	6,08%	4,69%
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,88%	1,12%	0,92%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	23,49%	20,70%	22,97%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	3,84%	2,41%	3,57%
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	2,33%	0,04%	1,89%
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,06%	0,17%	0,08%
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	5,91%	4,27%	5,60%
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	9,71%	14,40%	10,60%
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	0,09%	0,09%	0,09%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	18,50%	16,69%	18,16%
Sem informação da CID 10 no SIGRH	25,95%	25,36%	25,84%

ANÁLISE DOS DADOS GERAIS POR TIPOS DE LICENÇAS

TIPOS DE LICENÇAS - SES - ANO 2017		
LICENÇAS ADMINISTRATIVAS POR MOTIVO DE SAÚDE	QUANTIDADE	PERCENTUAL
ATESTADO DE COMPARECIMENTO	53286	49,96%
EXAME MÉDICO PREVENTIVO	975	0,91%
ATESTADOS MÉDICOS ACATADOS PELA CHEFIA IMEDIATA	10606	9,94%
LICENÇAS RELACIONADAS A GESTAÇÃO		
LICENÇA MATERNIDADE	838	0,79%
LICENÇA MATERNIDADE (ABORTO)	123	0,12%
LICENÇA MATERNIDADE (NATIMORTO)	2	0,00%
LICENÇAS PARA ACOMPANHAR FAMILIAR ENFERMO		
LICENÇAS PARA ACOMPANHAR FAMILIAR ENFERMO	7050	6,61%
LICENÇAS RELACIONADAS A DOENÇA OU ACIDENTE DE TRABALHO		
LICENÇAS RELACIONADAS A DOENÇA PROFISSIONAL OU ACIDENTE DE TRABALHO	0	0,00
LICENÇAS POR MOTIVO DE SAÚDE DO SERVIDOR		
LICENÇA PARA TRATAMENTO DA SAÚDE DO SERVIDOR	33787	31,68%
TOTAL DE AFASTAMENTOS	106.667	

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SEXO

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SEXO SES - 2017	QUANTIDADE DE LICENÇAS	MÉDIA DE SERVIDORES ATIVOS	IFL
FEMININO	27078	22606,42	1,20
MASCULINO	6709	9464,67	0,71
TOTAL	33.787	32071,08	1,05

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR CAPÍTULO DA CID 10

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR CAPÍTULO DA CID 10 SES - 2017						
CAPÍTULOS DA CID 10		FEMININO		MASCULINO		TOTAL
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias			3,18%	4	,96%	3,53%
Capítulo II - Neoplasias [tumores]			0,77%		0,82%	0,78%
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários			0,11%		0,12%	0,11%
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas			0,34%		0,64%	0,40%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais			15,50%		13,79%	15,16%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso			1,61%		1,06%	1,50%
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos			2,43%		3,20%	2,59%
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide			0,64%		0,55%	0,62%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório			1,50%		2,86%	1,77%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório		7,8	8%	7,5	6%	7,8 1%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo			2,89%		4,11%	3,13%
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo			0,71%		0,75%	0,71%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		13,15%		13,77%		13,28%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário			2,49%		1,27%	2,25%
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério			2,56%		0,00%	2,05%
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas			0,02%		0,01%	0,02%
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte			2,98%		1,94%	2,78%
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas			4,76%	7,5	0%	5,30%
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade			0,05%		0,12%	0,07%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde		9,5	4%	7,9	3%	9,2 2%
Sem Descrição da CID 10 no SIGRH			26,90%		27,04%	26,92%

ANÁLISE DE DIAS DE AFASTAMENTOS POR CAPÍTULO DA CID 10 SES - 2017						
CAPÍTULOS DA CID 10		FEMININO		MASCULINO		TOTAL
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias			0,97%		1,75%	1,14%
Capítulo II - Neoplasias [tumores]			2,55%		2,63%	2,57%
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários			0,16%		0,09%	0,14%
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas			0,50%		1,13%	0,63%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais			26,68%		24,46%	26,21%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso			1,18%		1,26%	1,20%
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos			1,16%		1,32%	1,20%
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide			0,25%		0,22%	0,24%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório			1,72%		5,04%	2,43%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório			2,25%		1,65%	2,12%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo			1,22%		1,74%	1,33%
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo			0,40%		0,67%	0,46%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		11	,09%	11	,17%	11, 10%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário			1,19%		0,67%	1,08%
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério			2,68%		0,00%	2,10%
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas			0,04%		0,00%	0,03%
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte			1,10%		0,47%	0,97%
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas			5,29%	8,	03%	5,88%
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade			0,02%		0,04%	0,03%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde		11	,40%	9,	56%	11, 01%
Sem Descrição da CID 10 no SIGRH			28,16%		28,08%	28,14%

ANÁLISE DOS DADOS GERAIS POR TIPOS DE LICENÇAS

TIPOS DE LICENÇAS - DEMAIS SECRETARIAS - ANO 2017		
LICENÇAS ADMINISTRATIVAS POR MOTIVO DE SAÚDE	QUANTIDADE	PERCENTUAL
ATESTADO DE COMPARECIMENTO	5054	28,05 %
EXAME MÉDICO PREVENTIVO	164	0,91%
ATESTADOS MÉDICOS ACATADOS PELA CHEFIA IMEDIATA	3467	19, 25%
LICENÇAS RELACIONADAS A GESTAÇÃO		
LICENÇA MATERNIDADE	187	1,04%
LICENÇA MATERNIDADE (ABORTO)	36	0,20%
LICENÇA MATERNIDADE (NATIMORTO)	2	0,01%
LICENÇAS PARA ACOMPANHAR FAMILIAR ENFERMO		
LICENÇAS PARA ACOMPANHAR FAMILIAR ENFERMO	1350	7,49%
LICENÇAS RELACIONADAS A DOENÇA OU ACIDENTE DE TRABALHO		
LICENÇAS RELACIONADAS A DOENÇA PROFISSIONAL OU ACIDENTE DE TRABALHO	5	0,03%
LICENÇAS POR MOTIVO DE SAÚDE DO SERVIDOR		
LICENÇA PARA TRATAMENTO DA SAÚDE DO SERVIDOR	7750	43,02%
TOTAL DE AFASTAMENTOS	18015	

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SECRETARIA

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SECRETARIA - DADOS ABSOLUTOS DEMAIS SECRETARIAS - 2017	QUANTIDADE DE LICENÇAS	QUANTIDADE DE DIAS DE AFASTAMENTOS	QUANTIDADE DE SERVIDORES AFASTADOS	MÉDIA DE SERVIDORES ATIVOS
ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DO DISTRITO FEDERAL - RAS	286	8796	132	563,25
AGENCIA DE FISCALIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL - AGEFIS	246	6759	117	617,08
AGENCIA REGULADORA DE ÁGUAS, ENERGIA E SANEAMENTO BÁSICO DO DF - ADASA	44	617	26	76,67
ARQUIVO PUBLICO DO DISTRITO FEDERAL - ARPDF	2	40	2	13,00
CONTROLADORIA GERAL DO DISTRITO FEDERAL - CONTRO	112	2244	50	196,25
DEFENSORIA PUBLICA DO DISTRITO FEDERAL - DPDF	180	4360	101	624,17

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM - DER	308	7450	171	961,00
DEPARTAMENTO DE TRANSITO - DETRAN	559	10377	315	1191,58
FUNDAÇÃO DE AMPARO AO TRABALHADOR PRESO - FUNAP	0	0	0	0,25
FUNDAÇÃO DE APOIO A PESQUISA - FAP	2	23	1	11,50
FUNDAÇÃO JARDIM ZOOLOGICO DE BRASILIA - FJZB	6	214	4	29,08
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ABERTA DO DISTRITO FEDERAL - FUNAB	0	0	0	0,33
FUNDO DE MELHORIA DA GESTÃO PÚBLICA - PRO-GESTÃO	0	0	0	154,92
INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR DO DISTRITO FEDERAL - PROCON-DF	13	344	8	57,08
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL - IPREV/DF	0	0	0	2,25
INSTITUTO DO MEIO AMBIENTE E DOS REC.HIDRICOS DO DF - BSB AMBIENTAL	183	3132	95	356,92
JARDIM BOTÂNICO DE BRASILIA - JBB	1	6	1	10,50
PROCURADORIA GERAL DO DISTRITO FEDERAL - PGDF	223	5489	113	481,33
SEC. DE EST. DE TRABALHO, DESENV.SOCIAL, MULHER, IGUALD.RACIAL E DIR.HUMANOS - SEDESTMIDH	1015	20444	470	1474,83
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL, RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E SOCIAIS - CCIVIL	44	738	28	92,92
SECRETARIA DE ESTADO DAS CIDADES - SECDF	3	116	2	5,75
SECRETARIA DE ESTADO DE AGRICULTURA, ABASTEC. E DESENVOLVIMENTO RURAL - SEAGRI	187	5265	89	432,50
SECRETARIA DE ESTADO DE COMUNICAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL - SECOM	3	147	2	11,67
SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA - SEC	146	4640	67	291,25
SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA, DESEN., INOVAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - SEDES	9	112	5	40,75
SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA - SEF	640	14183	309	1143,67
SECRETARIA DE ESTADO DE GESTÃO DO TERRITÓRIO E HABITAÇÃO - SEGETH	54	1354	32	142,33
SECRETARIA DE ESTADO DE INFRAESTRUTURA E SERVIÇOS PÚBLICOS - SINESP	13	335	7	39,50
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E CIDADANIA - SEJUS	238	4957	107	331,75
SECRETARIA DE ESTADO DE MEIO AMBIENTE - SEMA	29	638	12	45,92
SECRETARIA DE ESTADO DE MOBILIDADE - SEMOB	52	1793	27	163,17
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - SEPLAG	428	10394	183	567,08
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JUVENTUDE - SECRIANÇA	1248	22888	556	1578,17
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E PAZ SOCIAL - SSP	1069	20467	490	1476,00
SECRETARIA DE ESTADO DO ESPORTE, TURISMO E LAZER - SEET	10	61	7	35,42
SERVIÇO DE LIMPEZA URBANA - SLU	257	7098	115	706,42
TRANSPORTE URBANO DO DISTRITO FEDERAL - DFTRANS	133	1996	58	159,08
VICE-GOVERNADORIA - GVG	7	426	4	14,67
TOTAL	7.750	167.903	3.703	14.100

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SECRETARIA - INDICADORES DE MAIS SECRETARIAS - 2017	IFL	ID	IFT
ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DO DISTRITO FEDERAL - RAs	0,51	15,62	0,23
AGENCIA DE FISCALIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL - AGEFIS	0,40	10,95	0,19
AGÊNCIA REGULADORA DE ÁGUAS, ENERGIA E SANEAMENTO BÁSICO DO DF - ADASA	0,57	8,05	0,34
ARQUIVO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL - ARPDF	0,15	3,08	0,15
CONTROLADORIA GERAL DO DISTRITO FEDERAL - CONTRO	0,57	11,43	0,25
DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL - DPDF	0,29	6,99	0,16
DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM - DER	0,32	7,75	0,18
DEPARTAMENTO DE TRANSITO - DETRAN	0,47	8,71	0,26
FUNDAÇÃO DE AMPARO AO TRABALHADOR PRESO - FUNAP	0,00	0,00	0,00
FUNDAÇÃO DE APOIO A PESQUISA - FAP	0,17	2,00	0,09
FUNDAÇÃO JARDIM ZOOLOGICO DE BRASILIA - FJZB	0,21	7,36	0,14
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ABERTA DO DISTRITO FEDERAL - FUNAB	0,00	0,00	0,00
FUNDO DE MELHORIA DA GESTÃO PÚBLICA - PRO-GESTÃO	0,00	0,00	0,00
INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR DO DISTRITO FEDERAL - PROCON-DF	0,23	6,03	0,14
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL - IPREV/DF	0,00	0,00	0,00
INSTITUTO DO MEIO AMBIENTE E DOS REC.HIDRICOS DO DF - BSB AMBIENTAL	0,51	8,78	0,27
JARDIM BOTÂNICO DE BRASILIA - JBB	0,10	0,57	0,10
PROCURADORIA GERAL DO DISTRITO FEDERAL - PGDF	0,46	11,40	0,23
SEC.DE EST.DE TRABALHO, DESENV.SOCIAL, MULHER, IGUALD.RACIAL E DIR.HUMANOS - SEDESTMIDH	0,69	13,86	0,32
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL, RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E SOCIAIS - CCIVIL	0,47	7,94	0,30
SECRETARIA DE ESTADO DAS CIDADES - SECDF	0,52	20,17	0,35
SECRETARIA DE ESTADO DE AGRICULTURA, ABASTEC. E DESENVOLVIMENTO RURAL - SEAGRI	0,43	12,17	0,21
SECRETARIA DE ESTADO DE COMUNICAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL - SECOM	0,26	12,60	0,17
SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA - SEC	0,50	15,93	0,23
SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA, DESEN., INOVAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - SEDES	0,22	2,75	0,12
SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA - SEF	0,56	12,40	0,27
SECRETARIA DE ESTADO DE GESTÃO DO TERRITÓRIO E HABITAÇÃO - SEGETH	0,38	9,51	0,22
SECRETARIA DE ESTADO DE INFRAESTRUTURA E SERVIÇOS PÚBLICOS - SINESP	0,33	8,48	0,18
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E CIDADANIA - SEJUS	0,72	14,94	0,32
SECRETARIA DE ESTADO DE MEIO AMBIENTE - SEMA	0,63	13,89	0,26
SECRETARIA DE ESTADO DE MOBILIDADE - SEMOB	0,32	10,99	0,17
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - SEPLAG	0,75	18,33	0,32
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JUVENTUDE - SECRIANÇA	0,79	14,50	0,35
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E PAZ SOCIAL - SSP	0,72	13,87	0,33
SECRETARIA DE ESTADO DO ESPORTE, TURISMO E LAZER - SEET	0,28	1,72	0,20
SERVIÇO DE LIMPEZA URBANA - SLU	0,36	10,05	0,16
TRANSPORTE URBANO DO DISTRITO FEDERAL - DFTRANS	0,84	12,55	0,36
VICE-GOVERNADORIA - GVG	0,48	29,05	0,27
TOTAL	0,55	11,91	0,26

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SEXO

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR SEXO DEMAIS SECRETARIAS - 2017	QUANTIDADE DE LICENÇAS	MÉDIA DE SERVIDORES ATIVOS	IFL
FEMININO	4505	6186,33	0,73
MASCULINO	3245	7913,67	0,41
TOTAL	7.750	14.100	0,55

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR CAPÍTULO DA CID 10 DEMAIS SECRETARIAS - 2017					
CAPÍTULOS DA CID 10	FEMININO		MASCULINO		TOTAL
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias		2,86%		3,45%	3,11%
Capítulo II - Neoplasias [tumores]		0,91%		0,83%	0,88%
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários		0,09%		0,00%	0,05%
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		0,27%		0,37%	0,31%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais		17,20%		12,76%	15,34%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso		1,29%		0,71%	1,05%
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos		3,04%		2,59%	2,85%
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide		0,51%		0,22%	0,39%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório		1,38%		2,68%	1,92%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	6	,02%	4	,84%	5 ,52%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo		2,44%		2,80%	2,59%
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo		0,87%		0,46%	0,70%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		13,34%		13,68%	13,48%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário		2,09%		1,45%	1,82%
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério		2,62%		0,00%	1,52%
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas		0,02%		0,06%	0,04%
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte		2,69%		1,73%	2,28%
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	5	,64%	12,14%		8,3 6%
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade		0,00%		0,09%	0,04%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	10,79	%	11,46%		11,07 %
Sem Informação da CID 10 no SIGRH		25,95%		27,67%	26,67%

ANÁLISE DAS LICENÇAS POR CAPÍTULO DA CID 10 DEMAIS SECRETARIAS - 2017					
CAPÍTULOS DA CID 10	FEMININO		MASCULINO		TOTAL
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias		2,86%		3,45%	3,11%
Capítulo II - Neoplasias [tumores]		0,91%		0,83%	0,88%
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários		0,09%		0,00%	0,05%
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		0,27%		0,37%	0,31%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais		17,20%		12,76%	15,34%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso		1,29%		0,71%	1,05%
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos		3,04%		2,59%	2,85%
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide		0,51%		0,22%	0,39%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório		1,38%		2,68%	1,92%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	6	,02%	4	,84%	5 ,52%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo		2,44%		2,80%	2,59%
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo		0,87%		0,46%	0,70%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		13,34%		13,68%	13,48%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário		2,09%		1,45%	1,82%
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério		2,62%		0,00%	1,52%
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas		0,02%		0,06%	0,04%
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte		2,69%		1,73%	2,28%
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	5	,64%	12,14%		8,3 6%
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade		0,00%		0,09%	0,04%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	10,79	%	11,46%		11,07 %
Sem Informação da CID 10 no SIGRH		25,95%		27,67%	26,67%

ANÁLISE DOS SERVIDORES AFASTADOS POR CAPÍTULO DA CID 10 DEMAIS SECRETARIAS - 2017					
CAPÍTULOS DA CID 10	FEMININO		MASCULINO		TOTAL
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias		5,39%		6,28%	5,78%
Capítulo II - Neoplasias [tumores]		1,59%		1,35%	1,49%
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários		0,14%		0,00%	0,08%
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		0,48%		0,74%	0,59%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais		21,98%		14,04%	18,50%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso		2,21%		0,92%	1,65%
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos		5,44%		4,62%	5,08%
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide		1,01%		0,31%	0,70%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório		2,07%		3,39%	2,65%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	10,	68%	8,	19%	9,5 9%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo		4,47%		4,86%	4,64%
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo		1,59%		0,92%	1,30%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		18,86%		16,69%	17,90%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário		4,14%		2,22%	3,29%
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério		3,94%		0,00%	2,21%
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas		0,05%		0,12%	0,08%
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte		4,76%		3,39%	4,16%
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	8,	56%	17,67%		12,56 %
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade		0,00%		0,18%	0,08%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	19,91%		19,09%		19,55%
Sem Informação da CID 10 no SIGRH		40,12%		39,41%	39,81%

ANEXO II
DECLARAÇÃO

A (Nome da empresa)....., CNPJ nº....., por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., sediada (endereço completo), declara, perante a Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Cidade – (UF), de de 2018.

(nome e número da identidade do declarante)

ANEXO III
DECLARAÇÃO

A empresa , inscrita no CNPJ nº , por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, regulamentada pelo Decreto 4.358/2002, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Cidade – (UF), de de 2018.

.....
(representante legal)

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

ANEXO IV
TERMO DE ACORDO Nº /2018

TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI CELEBRAM O GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, POR INTERMÉDIO DA(O) _____, E A ADMINISTRADORA BENEFÍCIOS _____ PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR AOS SERVIDORES ATIVOS E INATIVOS E PENSIONISTAS, NA FORMA ABAIXO:

PROCESSO Nº 410-00007583/2018-14

O Distrito Federal, por meio de _____, representado(a) por _____, na qualidade de _____, com delegação de competência prevista nas Normas de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Distrito Federal e a(o) _____, doravante denominada Contratada, inscrita sob o CNPJ de nº _____, com sede em _____, representada por _____, na qualidade de _____, tendo em vista o que consta no Processo nº 410-00007583/2018-14, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, na forma e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como administradora de benefícios ofertados por, no mínimo, 02 (duas) operadoras de Planos de Saúde particular, no mínimo, e, 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que apresente planos na modalidade coletivo empresarial, abrangência regional (estadual e/ou grupo de municípios), com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, com coparticipação, podendo apresentar adicionalmente operadora que ofereça planos ambulatoriais, aos servidores do GDF ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas.

SUBCLÁUSULA ÚNICA - Este instrumento de Acordo guarda inteira conformidade com os termos do **Edital de Credenciamento nº 01/2018**, Processo nº 00410-00007583/2018-14, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1 As obrigações do PARTÍCIPE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Projeto Básico, anexo do Edital.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. Os BENEFICIÁRIOS são aqueles previstos no Projeto Básico, anexo do Edital.

CLÁUSULA QUARTA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

- a) Advertência por escrito;
- b) Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente (s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- c) Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;
- d) Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA - As sanções previstas nas **alíneas a e b** poderão ser aplicadas concomitantemente com as das **alíneas d e subcláusula segunda**, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

a) A multa compensatória poderá ser cumulada com suspensão temporária e declaração de inidoneidade, não sendo possível cumular a multa compensatória com suspensão temporária e declaração de inidoneidade, não sendo possível cumular com a multa moratória.

SUBCLÁUSULA QUARTA - Aplica-se, no que couber, as disposições do Decreto distrital nº 26.851/2006 que regula a aplicação de sanções administrativas previstas nas Leis Federais nºs 8.666, de 21 de junho de 1993 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos), e 10.520, de 17 de julho de 2002 (Lei do Pregão), e dá outras providências.

CLÁUSULA QUINTA – DO DESCREDECIAMENTO

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - A inexecução total ou parcial deste Termo de Credenciamento ensejará o descredenciamento da Administradora de Benefícios com as consequências avençadas e as previstas em lei ou regulamento.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - Constituem motivo para descredenciamento:

- I - o não cumprimento de cláusulas, especificações ou prazos.
- II - o cumprimento irregular de cláusulas, especificações e prazos.
- III - o atraso injustificado no início da execução das obrigações compromissadas neste Instrumento, inclusive as firmadas entre a CREDENCIANTE e a CREDENCIADA.
- IV - a paralisação do serviço, sem justa causa e prévia comunicação à CREDENCIANTE.
- V - a subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação da CREDENCIADA com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas neste Instrumento, salvo prévia autorização.
- VI - o desatendimento das determinações regulares emanadas da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores.
- VII - o cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas na forma do § 1º do art. 67 da Lei n.º 8.666/93.
- VIII - a decretação de falência ou a instauração de insolvência civil.
- IX - a dissolução da CREDENCIADA.
- X - a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da CREDENCIADA, que prejudique a execução deste Instrumento.
- XI - razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a CREDENCIANTE e exaradas no processo administrativo a que se refere este Instrumento.
- XII - a ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução deste Instrumento.
- XIII - a contratação de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, conforme determina o Inciso XVIII do art. 78 da Lei nº 8.666/93.
- XIV - os casos de descredenciamento serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA - O descredenciamento poderá ser:

- I - determinado por ato unilateral e escrito da CREDENCIANTE, nos casos enumerado nos incisos “I” a “XII” do subitem anterior.
- II - amigável, por Acordo entre as partes, reduzida a termo no processo administrativo, desde que haja conveniência para a CREDENCIANTE.
- III - judicial, nos termos da legislação.

SUBCLÁUSULA QUARTA - O descredenciamento administrativo ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

SUBCLÁUSULA QUINTA - Quando o descredenciamento ocorrer com base no inciso XI do **subitem 26.3**, sem que haja culpa da CREDENCIADA, será este ressarcido dos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, tendo ainda direito aos pagamentos devidos pela execução do Termo de Credenciamento até a data da rescisão.

SUBCLÁUSULA SEXTA - O descredenciamento por descumprimento das cláusulas contratuais poderá acarretar indenizações, bem como a retenção dos créditos decorrentes deste Instrumento, até o limite dos prejuízos causados à CREDENCIANTE e/ou ÓRGÃO BENEFICIÁRIO, além das sanções previstas neste Instrumento.

SUBCLÁUSULA SÉTIMA - O Termo de Acordo poderá ser cancelado ou descontinuado pela CREDENCIANTE, mediante prévio aviso de no mínimo 30 (trinta) dias, sem que caiba o direito a qualquer indenização à CREDENCIADA.

CLÁUSULA SEXTA – VIGÊNCIA

O presente Termo terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, a critério da administração, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme o disposto no inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da SEPLAG, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

SUBCLÁUSULA ÚNICA – O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário;

CLÁUSULA OITAVA – RESCISÃO

