GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL
Grupo de Trabalho Contratação Assistencia Médica Emergencial

Projeto Básico SEI-GDF - CODEPLAN/PRESI/GT-CAME

PROJETO BÁSICO

1 - OBJETO

Contratação de serviços privados de assistência à saúde, em rede nacional, para empregados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), seus dependentes e agregados, nos termos da Lei nº 9.656/98, com suas alterações, e respectivas legislações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na forma da Resolução nº 071/2018 – CA, que dispõe sobre o Regulamento de Licitações e Contrato – Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan e em conformidade com o presente Termo de Referência, compreendendo: Assistência Médico-Hospitalar, Laboratorial, Exames Complementares e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, inclusive internações, nos termos deste Termo de Referência, da legislação vigente e suas atualizações.

2 - MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A contratação se faz necessária em virtude de sua previsão no Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) vigente, considerado como ajuste entre as partes, mediante o qual o Sindicato representativo dos empregados tem a prerrogativa de negociar questões trabalhistas com a empresa, estabelecendo regras próprias para a relação jurídica entre a empresa e empregados. Por meio do ACT, podem ser negociadas cláusulas de natureza econômica e social, não admitida a supressão de direitos garantidos na legislação.

A manutenção do direito dos empregados e seus dependentes no tocante ao recebimento de serviços privados de assistência à saúde é providência a ser tomada em caráter de urgência.

Assim, para suprir as necessidades de atendimento à saúde dos seus empregados e dependentes, conforme previsto no ACT, a Codeplan necessita contratar os serviços objeto do presente termo junto ao mercado, devido a impossibilidade de seu cumprimento em sua própria estrutura.

3 - DA CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento, considera-se:

3.1. USUÁRIOS - Os inscritos no Programa de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares, dependentes ou agregados.

3.2. BENEFICIÁRIO TITULAR - os empregados pertencentes das Tabelas de Empregos Permanentes da Codeplan - TEP e de Empregos em Comissão - TEC, os requisitados, os cedidos, os dirigentes, os ex empregados e ex dirigentes na forma da legislação vigente, bem como os empregados e seus dependentes participantes do Programa de Desligamento Voluntário – PDV, em conformidade com os termos da Resolução Nº 147/2015 – Diretoria Colegiada, em especial seu art. 18, onde assegura aos integrantes do referido programa a opção de continuarem inscritos Plano de Saúde da Codeplan, e após o término do recebimento dos seus incentivos financeiros, mediante ressarcimento integral.

3.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE/AGREGADOS – são os designados pelo titular na condição de dependente.

a) o cônjuge;

b) o(a) companheiro(a) conjugal com convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com objetivo de constituição de família (art. 1.723 da Lei nº 10.406, de 10/01/2002), mediante Escritura Pública de Ação Declaratória de União Estável emitida por Cartório;

c) o companheiro ou a companheira na união homo afetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

d) os filhos e/ou dependentes designados judicialmente e os enteados sob guarda ou tutela, solteiros e menores de 21 (vinte e um) anos;

e) os filhos maiores de 21 (vinte e um) anos e/ou dependentes designados judicialmente e os enteados sob guarda ou tutela que possuam afecções que os incapacitem de prover seus meios de subsistência e vivam comprovadamente a expensas dos pais empregados, mediante comprovação de Laudo Médico;

f) os filhos e/ou dependentes designados judicialmente e os enteados sob guarda ou tutela, maiores de 21 (vinte e um) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos, solteiros, universitários e que dependam economicamente do empregado beneficiário;

g) agregado: nos termos do item 3.4 desde que o titular arque integralmente com a mensalidade do plano de assistência médico hospitalar.

3.3.1. Somente o beneficiário Titular poderá inscrever seu beneficiário na condição de dependente ou agregado.

3.3.2. Ao empregado admitido após a assinatura do contrato aplicar-se-á os itens 13.5 e 13.5.1 deste projeto básico.

3.4. AGREGADO – pai e mãe do beneficiário do titular.

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

3.6. ABRANGÊNCIA DA REDE – localidades em que a Contratada deverá oferecer rede credenciada na área de abrangência do Plano, e em todo o território nacional, na forma disciplinada neste Projeto.

3.7. TERMO DE ADESÃO – Termo que formaliza a adesão do beneficiário titular e a opção ao Programa de Assistência à Saúde.

4 - DOS BENEFICIÁRIOS/AGREGADOS

4.1. Total estimado em 862 (oitocentos e sessenta e dois) beneficiários, distribuídos conforme tabela a seguir:

Quantitativo Estimativo de Vidas – Plano de Saúde – Maio/2019

FAIXA ETÁRIA	Agregado		Dependente		Ex-Empregado		Titular		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	
0 à 18 anos			44	45	5	01			95
19 à 23 anos			28	19	3	01			51
24 à 28 anos			04	01				01	06
29 à 33 anos			01	01			02	01	05

34 à 38 anos			05		01		01		07
39 à 43 anos			09		01			02	12
44 à 48 anos			21	01			02	04	28
49 à 53 anos			37	05	01	02	34	20	99
54 à 58 anos			43	19	13	03	71	66	215
59 anos ou mais	54	12	15	14	63	42	67	77	344
Total Geral	**54**	**12**	**207**	**105**	**87**	**49**	**177**	**171**	**862**

4.2. BENEFICIÁRIOS TITULARES - Os elencados no item 3.2 do presente Projeto Básico.

4.3. BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES/AGREGADOS - Os definidos nos itens 3.3 e 3.4. do Presente Projeto Básico.

5 – TIPIFICAÇÃO DO PLANO

5.1 O plano disponibilizará atendimento com internação hospitalar, em quarto coletivo, com inclusão dos serviços de “home care”, com abrangência nacional;

5.2. O plano deverá ser oferecido sem a coparticipação em eventos de consultas e exames, os quais não necessitam de autorização prévia.

6 - DAS ACOMODAÇÕES

6.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pela Contratada, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares.

6.2. Na hipótese de o 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.

7 - SERVIÇOS A SEREM OFERECIDOS AOS USUÁRIOS

7.1 A Contratada cobrirá os custos relativos à diagnósticos, aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, que deverão abranger todas as especialidades previstas no Rol de Procedimentos da ANS - Resolução nº 428/2017 e demais legislações em vigor:

a) serviços hospitalares (procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos);

b) atendimento de urgências e emergências;

c) coberturas ambulatoriais e de serviços complementares de diagnóstico e de tratamento de exames complementares e auxiliares de diagnósticos/procedimentos terapêuticos/atendimentos fisioterápicos.

d)”home care” (atenção domiciliar).

7.2. Coberturas Hospitalares:

a) acomodação em quarto coletivo/enfermaria;

b) internações hospitalares sem limitação de prazo, valores máximos e quantidades, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

c) internações hospitalares, em centro de terapia intensiva ou semi-intensiva, sem limitação de prazo, valores máximos e quantidades, com leitos especiais e todos os aparelhos necessários ao tratamento, durante a internação hospitalar;

d) honorários médicos relativos a procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação;

e) exames complementares indispensáveis para o controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de materiais, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, alimentação, inclusive dietética, alimentação parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, transfusões de sangue e seus derivados, terapias, radioterapia, quimioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal, hemoterapia, e taxas hospitalares;

f) transplantes de rim e córnea, ou outros constantes no rol da Resolução Normativa 428/2017-ANS, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, inclusive despesas com doadores vivos até a alta hospitalar;

g) transtornos psiquiátricos, codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão-CID 10;

h) remoção do paciente, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar, comprovadamente necessária, atestada por relatório médico dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

i) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo material utilizado, assim como a remoção do paciente comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar em qualquer lugar do Distrito Federal e do território nacional.

7.3. Coberturas nos atendimentos de emergência e urgência:

a) da emergência, como tais definidos, os que implicarem riscos imediatos de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração de médico assistente;

b) da urgência, assim entendidos os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

c) procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e cobertura ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente durante os primeiros 30 (trinta) dias do nascimento.

7.4. Coberturas ambulatoriais e de serviços complementares de diagnóstico e de tratamento de todas as especialidades previstas no rol de procedimentos da ANS, inclusive:

a) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, conforme consta do CID 10;

b) exames clínicos e laboratoriais;

c) fonoaudiologia;

d) RPG;

e) fisioterapia;

f) radioterapia;

g) quimioterapia;

h) escleroterapia;

i) litotripsia;

j) acupuntura;

k) hemoterapia ambulatorial;

l) hemodiálise e diálise peritoneal;

m) angiologia;

n) psiquiatria, nos limites da Lei nº. 9.656/98;

o) angiotomografia das coronárias;

p) cirurgia refrativa (PRK ou LASIK);

q) endoscopia digestiva, vídeo-endoscopia (VEDA), colonoscopia e colangiografia transendoscópica;

r) estudo e testes genéticos – procedimentos cobertos pelo Rol da ANS;

s) internação psiquiátrica, mediante justificativa médica;

t) remoção justificada pelo médico assistente (deslocamento de paciente enquanto estiver internado);

u) tratamento de dependência química, mediante justificativa médica;

v) diárias, serviços e taxas hospitalares em quarto coletivo e apartamento individual (quarto privativo), quando for o caso, conforme item 6.2;

w) utilização da Rede Credenciada para os serviços realizados fora do regime de internação.

7.5. Os serviços poderão ser prestados pela própria Contratada ou pela sua rede credenciada.

7.6. A Contratada poderá desenvolver programas de prevenção e promoção em saúde, na modalidade de atendimento em grupo e/ou individual, conforme portfólio próprio.

7.7. A utilização dos serviços não estará sujeita à limitação de quantidade mínima ou máxima nem, tampouco, à imposição de carência quando da implantação dos serviços.

7.8. O plano disponibilizado pela Contratada deverá ser reconhecido e aceito pela rede credenciada apresentada para a prestação de serviços constantes deste projeto, na etapa de habilitação e durante a vigência do contrato.

8 - DAS EXCLUSÕES

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

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

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

d) cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

e) inseminação artificial;

f) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

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

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

i) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

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

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

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

m) aplicação de vacinas preventivas, exceto quando campanhas ofertadas pela Contratada;

n) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

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

p) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

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

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

9 - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

9.1. 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.

9.2. A cobertura ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a de assistência médica decorrente da condição gestacional, pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação.

9.2.1. Caberá a Contratada 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.

10- DA REMOÇÃO

10.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, nos termos da Resolução Normativa da ANS nº 259/2011 e alterações posteriores.

10.2. 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 do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

a) 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 Contratada desse ônus;

b) a Contratada deverá 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;

c) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela originalmente estabelecida, a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

11- REDE CREDENCIADA

11.1. A Contratada deverá oferecer rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, que atendam a todas as coberturas descritas no rol de procedimentos da ANS.

11.2. Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na habilitação.

11.3. A Contratada deverá disponibilizar os serviços, objeto deste Projeto por meio de Rede própria ou credenciada, em todas as Unidades da Federação.

11.3.1. No Distrito Federal, a contratada deverá disponibilizar, no mínimo 2 (dois) hospitais de grande porte, sendo 01 (um) com Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTINEO, e que tenham unidade de terapia intensiva, pronto socorro nas áreas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, cirurgia e cardiologia, atendimento de pronto socorro, distribuídos obrigatoriamente: 01 (um) no Plano Piloto e 01 (um) em Taguatinga.

11.4. Serviço de pronto socorro, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas diárias, todos os dias da semana, sem exceção, que suportem internação, realização de exames complementares de diagnósticos e cirurgias de grande porte, inclusive cardíacas.

11.5. No mínimo 480 (quatrocentos e oitenta) médicos – pessoas físicas ou jurídicas do total credenciado no Distrito Federal,

11.6. No mínimo 28 (vinte e oito) prestadores de serviços de diagnóstico e terapia (exames laboratoriais e complementares), credenciados ou próprios, no Distrito Federal e 50 (cinquenta) em âmbito nacional.

11.7. O plano disponibilizado pela Contratada deverá ser reconhecido e aceito pela rede credenciada apresentada para a prestação de serviços constantes deste projeto, na etapa de habilitação e durante a vigência do contrato.

12 – DO REEMBOLSO

12.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela Contratada, sempre que:

a) o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência do Plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

b) se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

c) o requerimento do reembolso será efetuado de acordo com os valores pagos pelo beneficiário, por solicitação junto à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas pelo beneficiário titular, vigente à data da ocorrência médica, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original.

d) ocorrerem situações que impeçam o atendimento pela rede credenciada da Contratada, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pela Contratada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

12.2. Para o beneficiário titular habilitar-se ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverá apresentar à Contratada os seguintes documentos:

a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

b) recibos de pagamento dos honorários médicos;

c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital;

d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

12.3. Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de vigência do contrato, contados da data da ocorrência médica, sob pena de perder o direito ao reembolso.

13 - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

13.1. A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde, far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa, do beneficiário titular, junto à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas - GEPES/DIRAF.

13.2. Caberá a Contratante a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, e a relação de parentesco consanguíneo dos seus dependentes, e de seus agregados quando solicitados pela Contratada.

13.3. Será(ão) formalizado(s) Termo(s) de Adesão específicos para contemplar os agregados, com os mesmos serviços, rede credenciada e prazos exigidos por este Termo de Referência.

13.4. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.

13.5. O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do contrato, para solicitar sua inclusão e dos seus dependentes e agregados, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados.

13.5.1. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas nos termos da Lei 9.656/98 e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

13.6. O Beneficiário Titular que ingressar na Codeplan disporá do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, a partir da data de sua contratação, para solicitar a sua inclusão e dos seus dependentes e agregados, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, assim, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, o beneficiário deve cumprir as carências estabelecidas nos termos da Lei nº 9.656/98 e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

13.7. Os pensionistas e demais beneficiários do Beneficiário-Titular falecido durante a vigência do contrato, poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, enquanto perdurar o Contrato, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano, junto à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas-GEPES/DIRAF, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção, de acordo com a Resolução Normativa nº 279/2011.

13.8. Os dependentes que adquirirem esta condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Programa de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento das carências estabelecidas nos termos da Lei nº 9.656/98 e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

13.9. Fica sujeita à carência prevista nos termos da Lei nº 9.656/98 e Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo Beneficiário ou por perda da condição de dependente ou agregado.

13.10. Em nenhuma hipótese poderá qualquer usuário manter mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos públicos.

13.11. Deverá a Contratada, manter os ex-empregados e ex-dirigentes, como beneficiários do Programa de Assistência à Saúde, cessado o exercício na Codeplan, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

13.12. A solicitação de inscrição de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá ser solicitada até o último dia útil de cada mês, e sua inclusão dar-se-á a partir do primeiro dia útil do mês seguinte.

14 - DO DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

14.1. A exclusão do titular no Programa de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de sua remuneração, tais como desligamento, dispensa, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, e outras situações previstas em Lei.

14.2. Nos casos de desligamento, exoneração e demissão, o Beneficiário poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, devendo assumir o pagamento integral.

14.2.1. No caso de ocorrência de não pagamento por parte do empregado, pelo período superior a 60 (sessenta) dias, o mesmo será automaticamente excluído do Programa de Assistência à Saúde.

14.3. É de responsabilidade do beneficiário titular solicitar, formalmente, à Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas-GEPES/DIRAF, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

14.4. A Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas-GEPES/DIRAF comunicará à Contratada qualquer ato ou fato em que deva ocorrer a suspensão do Programa de Assistência à Saúde, competindo a esta o recolhimento de sua carteira de identificação, de seus dependentes e agregados, se houver.

14.5. A solicitação de exclusão de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá ser solicitada até o último dia útil de cada mês, e sua exclusão dar-se-á a partir do primeiro dia útil do mês seguinte.

14.6. O beneficiário titular poderá solicitar expressamente a sua exclusão, o que implicará a exclusão, também, dos seus dependentes e agregados, se houver.

14.7. As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas/DIRAF observado o constante deste Projeto. A eventual utilização dos serviços, após a exclusão do usuário, será de responsabilidade exclusiva da Contratada.

15 - DA CARÊNCIA

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

a) dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 13.5 deste Projeto;

b) em situações de urgência ou emergência, de acordo com disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656/1998, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do usuário à Contratada;

c) consultas médicas**.**

15.2. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 13.5, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

16 - DA PORTABILIDADE

16.1. A portabilidade se dará de acordo com a norma vigente perante a ANS.

17 - DOS VALORES ESTIMADOS

17.1. A credenciada deverá apresentar valor com preço em reais, para os usuários do Plano de Saúde, conforme estimativa prevista no item 4, e conforme tabela a seguir:

FAIXA ETÁRIA	PLANO ENFERMARIA
	VALOR COTADO (EM R$)
00 a 18 anos	
19 a 23 anos	
24 a 28 anos	
29 a 33 anos	
34 a 38 anos	
39 a 43 anos	
44 a 48 anos	
49 a 53 anos	
54 a 58 anos	
59 ou mais anos	

17.2. O valor da mensalidade na última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

17.3. O valor estimado para fazer face às despesas decorrentes do presente Projeto Básico correrá à conta do orçamento da Contratante, Programa de Trabalho 04.122.6003.8504.9557 - Concessão de Benefícios a Servidores da CODEPLAN, Natureza da Despesa 339039.

18- DAS OBRIGAÇÕES

18.1. São obrigações da Contratada:

18.1.1. Caberá à Contratada, além das responsabilidades resultantes do Contrato, cumprir os dispositivos da: Lei nº 9.656/98, da Resolução Normativa n° 428/2017; da Resolução Normativa n° 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução n° 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

18.1.2. Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

18.1.3. Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;

18.1.4. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

18.1.5. Realizar a divulgação dos serviços de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da Contratada;

18.1.6. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Contrato;

18.1.7. Exigir da Contratante, documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários e dos seus dependentes junto a mesma;

18.1.8. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, quando informado pela Contratante;

18.1.9. Assegurar aos beneficiários a prestação de serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços de modo a impedir a descontinuidade do atendimento aos usuários;

18.1.10. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pela Contratada;

18.1.11. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, diretamente para a Contratante, na forma especificada no termo de adesão dos beneficiários,

18.1.12. Executar, em comum acordo com a Contratante, ações de saúde preventiva e de qualidade de vida dos empregados e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a mesma;

18.1.13. Proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a Resolução Normativa nº 255/2011 - ANS;

18.1.14. Fornecer os relatórios e informações necessários ao acompanhamento dos serviços utilizados pelos beneficiários, inclusive os relatórios de sinistralidade, trimestralmente.

18.1.15. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela fiscalização da Contratada, contendo no mínimo, os seguintes dados:

a) Perfil Demográfico da Carteira

b) Relatório de sinistralidade

c) Indicadores sobre a Utilização:

c.1) Beneficiários

c.2) Prestadores

d) Casos Crônicos e de Risco:

d.1) Identificação de casos Crônicos

d.2) Descrição das Patologias

18.1.16. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a carteira de identificação personalizada, que será usada, exclusivamente, quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano, aderido pelo beneficiário;

18.1.17. A entrega da segunda via de carteira do beneficiário deverá ocorrer no prazo máximo de 15 (quinze) dias;

18.1.18. Disponibilizar aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, via site, a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais);

18.1.19. A Contratada deverá possuir central de atendimento e site, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários, a partir da data da vigência do contrato.

18.1.20. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da habilitação do contrato com a Contratante;

18.1.21. Examinar, com isenção e rigor, as reclamações formalizadas pelos beneficiários, fornecendo respostas formais.

18.1.22. Apurar responsabilidade e responder formalmente as reclamações apresentadas pela Contratante, beneficiários, profissional ou entidade conveniada, que se conduza de modo inconveniente ou incompatível com o exercício das funções que lhe forem atribuídas.

18.1.23. Responsabilizar-se civil e criminalmente, por danos causados à Contratante ou aos beneficiários, por ação ou omissão de seu empregado ou credenciado na execução dos serviços objeto do Contrato.

18.1.24. Aceitar a retenção de valores referentes ao pagamento de faturas até o montante correspondente ao reembolso de danos causados à Contratante.

18.1.25. Efetuar pagamento de reembolso.

18.1.26. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

18.2. São obrigações da Contratante:

18.2.1. Colocar à disposição da Contratada informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

18.2.2. Permitir à Contratada a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

18.2.3. Permitir aos profissionais da Contratada, acesso às dependências ao Edifício Sede da Codeplan, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Contrato;

18.2.4. Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;

18.2.5. Acompanhar e fiscalizar a atuação da Contratada perante os empregados, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes.

18.2.6. Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração de condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda, quando atingirem idade limite de 21 anos ou 24 para estudantes universitários.

18.2.7. Notificar, por escrito, qualquer irregularidade encontrada ou relatada pelos beneficiários no desenvolvimento dos serviços contratados.

18.2.8. Efetuar os pagamentos devidos, de acordo com as Normas de Execução Orçamentária e Financeira em vigor.

18.2.9. Enviar, por meio eletrônico/magnético, alterações dos beneficiários ocorridas ao longo do contrato.

19. DA HABILITAÇÃO

19.1. **-** Para Habilitação Jurídica, a Contratada deverá atender aos seguintes requisitos:

19.1.1. Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresariais 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.

19.1.2. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País 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.

19.2. Para Habilitação Fiscal e Trabalhista a Contratada deverá atender aos seguintes requisitos:

19.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

19.2.2. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede da Contratada, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

19.2.3. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional;

19.2.4. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

19.2.5. Prova de regularidade fiscal perante o Governo do Distrito Federal, emitida pela Secretaria de Estado de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão do Governo do Distrito Federal, em plena validade, para as empresas com sede ou domicílio fora do Distrito Federal, que poderá ser obtida através do site: www.fazenda.df.gov.br

19.2.6. Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;

19.2.7. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

19.3. Para Habilitação Econômico Financeira a Contratada deverá atender aos seguintes requisitos:

19.3.1. Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede do licitante e Certidão Negativa de Débitos perante o Governo do Distrito Federal;

19.3.2. Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta;

19.3.3. No caso de empresa constituída no exercício social vigente, admite-se a apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao período de existência da sociedade;

19.3.4. Comprovação da boa situação financeira da empresa mediante obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um), obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante + Passivo Não Circulante}}$$

SG =

Ativo Total

Passivo Circulante + Passivo Não Circulante

LC =

Ativo Circulante

Passivo Circulante

19.3.5. As empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices referidos no subitem acima, deverão comprovar boa situação financeira por meio de Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, exigíveis na forma da lei, 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.

19.4. Para Habilitação Técnica a Contratada deverá apresentar os seguintes requisitos:

19.4.1. Apresentar autorização para operar planos ou seguros privados de assistência à saúde, e o Registro dos planos ambos emitidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

19.4.2. Comprovação de que dispõe de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais, conforme exigências do presente Termo de Referência.

19.4.3. Atestado de Capacidade Técnica, emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que prestou ou presta serviços de planos ou seguros privados de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS;

19.4.4. É facultado a Licitante apresentar um ou mais atestados de capacidade técnica, desde que os serviços tenham sido executados em quantidades iguais ou superiores a 50% (cinquenta por cento) da estimativa de beneficiários previstos para esta contratação;

19.4.5. Declaração expedida pela ANS de que possuem responsável pela área técnica de saúde, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS n° 255, de 18 de maio de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários.

20 – DO JULGAMENTO

20.1. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços.

20.2. Será vencedora a empresa que apresentar o menor valor global, considerando-se os valores bases por faixa etária indicados no item 17.1, combinado com o item 4.

20.3. A Contratante somente pagará à Contratada o valor correspondente ao número de beneficiários e dependentes, devidamente cadastrados, multiplicado pelo valor per capita de acordo com a faixa etária.

21 - DA VIGÊNCIA

21.1. O contrato vigerá até 180 (cento e oitenta) dias, não podendo ser prorrogável.

22 - DO REAJUSTE

Os valores serão fixos e irreajustáveis.

23 - DAS PENALIDADES

23.1. Pela inexecução total ou parcial dos serviços previstos no contrato, pela execução desses serviços em desacordo com o estabelecido no contrato, ou pelo descumprimento das obrigações contratuais, a Contratante pode, garantida a prévia defesa, e observada a gravidade da ocorrência, aplicar à Contratada as seguintes sanções:

a) advertência;

b) multa a ser calculada sobre o valor mensal do contrato, em conformidade com as tabelas de gradação a seguir, a qual será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Contratante ou, ainda, cobrada judicialmente;

c) multa de até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

e) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a dois anos;

f) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a autoridade que aplicou a sanção, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item anterior.

23.2. Nos casos de inexecução total do contrato, por culpa exclusiva da Contratada, cabe a aplicação da penalidade de suspensão temporária do direito de contratar com a Administração Pública.

23.3. Nos casos de fraude na execução do contrato cabe a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

23.4. As sanções de advertência, de suspensão temporária do direito de contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública poderão ser aplicadas à Contratada juntamente com a de multa.

23.5. As multas serão aplicadas, sem prejuízo das demais sanções previstas no artigo 82 da Resolução nº 071/2018 – CA, que dispõe sobre o Regulamento de Licitações e Contrato – Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN e neste Projeto Básico, referentes à inexecução da prestação dos serviços, no todo ou em parte.

23.6. Para efeito de aplicação de multas, serão atribuídos graus de severidade, conforme as tabelas a seguir:

TABELA DE MULTAS POR GRAU DE INFRAÇÃO

Grau	Correspondência
1.	0,1% sobre o valor mensal do contrato
2.	0,2% sobre o valor mensal do contrato
3.	0,4% sobre o valor mensal do contrato
4.	0,8% sobre o valor mensal do contrato
5.	1,6 % sobre o valor mensal do contrato

6.	2,4 % sobre o valor mensal do contrato

TABELA DE INFRAÇÕES

Item	Deixar de	Grau
1.	Garantir atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, em âmbito nacional, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, por ocorrência.	06
2.	Garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos indicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por ocorrência.	05
3.	Garantir as coberturas especificadas no tipo de Planos deste Termo de Referência, por ocorrência.	03
4.	Garantir internamento domiciliar, por ocorrência.	03
5.	Reembolsar as despesas realizadas no âmbito de abrangência do plano, de acordo com os limites contratuais, por ocorrência.	03
6.	Garantir a remoção do usuário internado, de acordo com a solicitação do médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, por ocorrência.	06
7.	Indicar no momento da assinatura do contrato preposto para representá-la perante a Contratante.	01
8.	Fornecer condições que possibilitem o atendimento dos serviços previstos, a partir da vigência do contrato.	06
9.	Garantir, após celebração do contrato, atendimento conforme o objeto deste Projeto Básico aos eventos ocorridos e conhecidos antes do início da sua vigência, por ocorrência.	06
10.	Remover paciente(s) grave(s) que se encontre internado, a partir do início da vigência contratual, nos casos em que o hospital não for conveniado da Contratante.	06
11.	Garantir a permanência dos beneficiários até o final do mês em que ocorrer a desvinculação do beneficiário titular com a Contratante por ocorrência.	04
12.	Cumprir determinação formal do gestor do contrato, por ocorrência.	02
13.	Disponibilizar Rede Referenciada aos titulares e dependentes, sempre que solicitado pela Contratante, por ocorrência.	01
14.	Disponibilizar a segunda via do cartão de atendimento, conforme estipulado contratualmente, por ocorrência e por dia de atraso.	01

23.7. O rol das infrações descritas nas tabelas anteriores é meramente exemplificativo, não excluindo, portanto, a aplicação de outras sanções previstas na Resolução nº 071/2018 – CA, que dispõe sobre o Regulamento de Licitações e Contrato – Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN e nas demais legislações específicas.

23.8. A adjudicatária não incorrerá em multa durante as prorrogações compensatórias expressamente concedidas pela Contratante, em virtude de caso fortuito, força maior ou de impedimento ocasionado pela Administração, ou mediante justificativas devidamente aceitas pela Contratante.

24 – DO PAGAMENTO

24.1. A partir da apresentação da Nota Fiscal pela Contratada, o gestor do contrato terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para efetuar o atesto da fatura, referente aos serviços prestados no mês de cobertura, e para encaminhá-la à Gerência de Administração Financeira – GEAFI da Contratante.

24.2. Recebida a Nota Fiscal devidamente atestada, a GEAFI terá até 30 (trinta) dias para processar o pagamento respectivo. O pagamento será efetuado mediante comprovação da regularidade fiscal da Contratada perante a Fazenda Nacional, do Distrito Federal, a Previdência Social e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço- FGTS.

24.3. Se na data da liquidação da obrigação por parte do Contratante existir qualquer um dos documentos exigidos como condição de habilitação com validade vencida, a Contratada deverá providenciar a(as) sua(s) regularização(ões), ficando o pagamento pendente de liquidação até que sua situação se torne regular. Reinicia-se a contagem do prazo para pagamento a contar da data em que a Contratada comunicar ao Contratante a regularização dos mencionados documentos.

24.4. No ato do pagamento será efetuada a retenção, na fonte, dos tributos e contribuições discriminadas nas disposições determinadas pelos órgãos fiscais e fazendários, em conformidade com as legislações e instruções normativas vigentes;

24.5. A Contratada que se enquadrar nas hipóteses de isenção ou de não retenção de tributos e contribuições deverá comprovar tal situação no ato de entrega da documentação fiscal.

24.6. A Contratada deverá entregar junto com a nota fiscal emitida a memória de cálculo, informando os custos que compõe a referida nota fiscal.

25 – DOS RELATÓRIOS DE SINISTRALIDADE

25.1. A Contratada para prestação da assistência à saúde deverá encaminhar relatórios e extratos sobre a utilização do plano, conforme descrição a seguir:

25.1.2. À Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – GEPES, trimestralmente, relatório detalhado de utilização por titular, contendo o nome do usuário, a data de utilização, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento e relatórios de sinistralidade, visando acompanhamento e a realização de campanhas preventivas/educativas;

25.1.3. Para o beneficiário titular, por solicitação, via correspondência ou por meio eletrônico, extrato detalhado de utilização por titular contendo o nome do usuário, a data de utilização, o local de atendimento, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento.

25.2. A Contratante poderá solicitar o envio de relatórios detalhados e ainda outras informações que julgar necessárias ao acompanhamento da execução do contrato. Tais relatórios poderão ser auditados (por equipe médica e atuarial) visando à comprovação dos valores e procedimentos alegados pela Contratada. A falta de apresentação dos relatórios acarretará as penalidades previstas em contrato.

26 – DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. A Contratada terá o direito de 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.

26.2. Não caberá à Contratada nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem danos à saúde dos beneficiários, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha dos mesmos.

26.3. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço da Contratada, por opção, de acordo com o plano subscrito pelo mesmo, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo a Contratada efetuar o pagamento.

26.4. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da Contratada do Programa de Assistência à Saúde.

26.5. A Contratada poderá exigir autorização prévia, para a realização de procedimentos, conforme disposto no contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

26.6. Nos casos em que a Contratada estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo previsto na Resolução Normativa nº 259/2011 e demais legislações vigentes, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

26.7. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica, na forma da Resolução Normativa nº 424/2017.

26.8. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um membro nomeado pelo beneficiário, um médico da Contratada, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da mesma.

26.9. É facultada a substituição de entidades hospitalares, desde que por outras equivalentes 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.

26.10. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da Contratada, 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.

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

26.12. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

26.13. A Contratada não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

26.14. Os casos omissos na presente especificação serão dirimidos pela Contratada e Contratante de acordo com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e pela Resolução Normativa nº 428/2013 – ANS, e demais legislações pertinentes e posteriores.

27 - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

27.1. Lei nº 9.656/1998, Lei nº 9.961/2000, Resolução nº 1845/2008 do Conselho Federal de Medicina e modificações posteriores, Resoluções Normativas – ANS - nºs 259/2011, nº 428/2013 e demais normativos da ANS em vigor, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, Resolução nº 071/2018 – CA, que dispõe sobre o Regulamento de Licitações e Contrato – Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN e Acordo Coletivo de Trabalho.

ANEXO I – PLANILHA PARA FORMAÇÃO DE PREÇOS

PLANO ENFERMARIA				
FAIXA ETÁRIA	**USUÁRIOS**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**	**VALOR TOTAL**
0 à 18 anos	95			
19 à 23 anos	51			
24 à 28 anos	6			
29 à 33 anos	5			
34 à 38 anos	7			
39 à 43 anos	12			
44 à 48 anos	28			
49 à 53 anos	99			
54 à 58 anos	215			
59 anos ou mais	344			
TOTAL	**862**			

Documento assinado eletronicamente por **DENIZE MELLO DIAS CABRAL - Matr.0000987-3**, **Coordenador(a) do Grupo de Trabalho Contratação Assistência Médica Emergencial**, em 30/05/2019, às 15:25, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MANOEL GREGORIO WANISSANG - Matr.0001717-5**, **Membro do Grupo do Trabalho Contratação Assistência Médica Emergencial**, em 30/05/2019, às 15:27, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MEIRE MOHN - Matr.0001175-4**, **Membro do Grupo do Trabalho Contratação Assistência Médica Emergencial**, em 30/05/2019, às 15:29, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **TELMA MARIA DE LIMA - Matr.0002582-8**, **Membro do Grupo do Trabalho Contratação Assistência Médica Emergencial**, em 30/05/2019, às 15:30, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **HAMILTON TADEU DE CASTRO - Matr.0001779-5**, **Membro do Grupo do Trabalho Contratação Assistência Médica Emergencial**, em 30/05/2019, às 15:32, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site: http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 verificador= **23100184** código CRC= **DFE5C5BE**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Administração Municipal - SAM, Bloco H - Bairro Asa Norte - CEP 70620-080 - DF

Criado por 17175, versão 11 por 17175 em 30/05/2019 15:22:52.