



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**  
 Diretoria da Vice Presidência  
 Gerência Geral de Pessoas

**ELEMENTO TÉCNICO**

Nº 7/2025 - IGESDF/DVP/GGPES

**1. DO OBJETO**

1.1. Trata-se do processo de credenciamento de empresa(s) Administradora(s) de Benefícios em Saúde, autorizada(s) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com a finalidade de disponibilizar Plano(s) de Assistência à Saúde Suplementar aos empregados do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF, na modalidade coletivo empresarial, com e/ou sem coparticipação, para atendimento médico-hospitalar de urgência, emergência e ambulatorial, através de unidades hospitalares, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, observando o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nas Resoluções Normativas da ANS de nº 565/2022, nº 465/2021, nº 585/2023, nº 557/2022, nº 515/2022, e suas alterações, no Regulamento Próprio de Compras e Contratações (RPCC) do IGESDF, assim como as condições e especificações técnicas presentes neste Elemento Técnico.

1.2. As Administradoras de Benefícios em Saúde credenciadas deverão disponibilizar aos Beneficiários do IGESDF, no mínimo 03 (três) Operadoras distintas, sendo 01 (uma) Operadora de assistência médico-hospitalar, com abrangência nacional, 01 (uma) Operadora de assistência médico-hospitalar, com abrangência regional e 01 (uma) Operadora com planos na segmentação ambulatorial, na modalidade coletivo empresarial, podendo ofertar, adicionalmente aos produtos apresentados para atender as exigências deste credenciamento, o plano odontológico e outras Operadoras e Planos de Saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos neste Elemento Técnico.

**2. DA JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)**

2.1. O Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal - IGESDF, serviço social autônomo, criado mediante autorização conferida pela Lei nº 5.899 de 03 de julho de 2017, alterada pela Lei 6.270, de 30 de janeiro de 2019, regulamentada por meio do Decreto nº 39.674, de 19 de fevereiro de 2019, tem por objetivo prestar assistência médica qualificada e gratuita à população e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e gestão no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público, mormente a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

2.2. Apesar de gerir unidades de saúde, tais como: o Hospital de Base, do Hospital Regional de Santa Maria, Hospital Cidade do Sol e das 13 Unidades de Pronto Atendimento. Os empregados do IGESDF não possuem prioridade em atendimentos assistenciais nessas unidades, sendo, sobretudo, respeitada a Política Nacional de Regulação (PNR) que foi instituída pela PT GM/MS nº 1.559/2008, a qual promove a otimização dos recursos, ordenação e qualificação de fluxos para o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde pública oferecidos pelo Estado, bem como são respeitadas as diretrizes operacionais, estratégicas e protocolos clínicos de regulação definidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

2.3. Em razão da natureza jurídica e forma de constituição do IGESDF, definida como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, e que no exercício de suas funções, administra recursos públicos oriundos do Contrato de Gestão nº 001/2018-SES/DF, de modo que, em todos os níveis de gestão segue, por determinação legal, os princípios da publicidade, da impessoalidade, da moralidade, da economicidade e da eficiência.

2.4. De tal modo, a realização de credenciamento de Administradora(s) de Benefícios em Saúde para disponibilização de Plano(s) de Assistência à Saúde Suplementar tem por objetivo a execução do Benefício de Auxílio-Saúde do IGESDF, estabelecido em normativo interno, a qual visa proporcionar condições à manutenção da saúde física e mental dos empregados do Instituto.

2.5. Portanto, essa ação tomada pelo Instituto possibilita aos beneficiários ao acesso à assistência à saúde médico-hospitalar privada, através de operadoras de planos de saúde, pode ser compreendida como medida preventiva, eficaz e eficiente para a qualidade de vida dos seus empregados.

2.6. O credenciamento, neste caso, revela-se como a modalidade mais adequada para contratação do respectivo serviço, pois permite ao IGESDF a contratação simultânea com todas as Administradoras de Benefícios em Saúde que demonstrarem interesse na execução do objeto proposto, sem que a escolha de uma entidade implique em prejuízo de outra(s), sendo estabelecida igualdade de condições entre os interessados habilitados, não se falando em competição para a escolha da melhor proposta, uma vez que de acordo com os critérios objetivos, haverá a garantia da impessoalidade para a convocação de todos os habilitados.

2.7. Ademais, o credenciamento do maior número de Administradoras de Benefícios em Saúde, respeitados os princípios inerentes ao credenciamento, as limitações orçamentárias e os níveis de coparticipação, possibilitará maior oferta de planos de assistência à saúde suplementar, melhores opções na prestação dos serviços e menores custos, considerando que o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal possui cerca de 10.207 colaboradores/possíveis aderentes, conforme descrição na tabela a seguir:

Idade	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou +	Total
Quantitativo	46	102	1137	2188	2221	1779	1384	775	393	182	10.207

**3. DO DETALHAMENTO DO OBJETO**

- 3.1. As Administradoras de Benefícios em Saúde credenciadas deverão disponibilizar aos Beneficiários do IGESDF, no mínimo 03 (três) Operadoras distintas, sendo 01 (uma) Operadora de assistência médico-hospitalar, com abrangência nacional, 01 (uma) Operadora de assistência médico-hospitalar, com abrangência regional e 01 (uma) Operadora com planos na segmentação ambulatorial, na modalidade coletivo empresarial, podendo ofertar, adicionalmente aos produtos apresentados para atender as exigências deste credenciamento, o plano odontológico e outras Operadoras e Planos de Saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos neste Elemento Técnico.
- 3.2. As Administradoras de Benefícios interessadas em firmar o Termo de Credenciamento com o IGESDF deverão apresentar os preços dos planos de saúde, em moeda corrente nacional (R\$), expresso e por extenso, incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços, conforme a previsão deste Elemento Técnico e da legislação em vigente.
- 3.3. Os planos oferecidos aos empregados deverão ser privados, na modalidade coletivo empresarial.
- 3.4. Os Planos ofertados pelas Operadoras de Plano de Saúde aos empregados do Instituto deverão contemplar as regras estabelecidas na legislação vigente, no Elemento Técnico e demais documentos relacionados ao credenciamento, de forma a assegurar a opção de escolha aos empregados.
- 3.5. A proposta apresentada por Administradora de Benefícios deverá oferecer preços e condições que assegurem a manutenção das condições decorrentes das contratações de planos de saúde aos empregados, em especial ao interregno mínimo de 12 (doze) meses de aplicação do último reajuste, conforme artigo 25 da Resolução Normativa ANS nº 557/2022.

#### 4. DA CONCEITUAÇÃO

4.1. Para fins deste documento, considera-se:

- a) **Beneficiários:** Empregados do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal regularmente inscritos no Benefício de Auxílio-Saúde, assim como seus dependentes.
- b) **Beneficiário titular:** empregados do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.
- c) **Beneficiário dependente:** grupo familiar do beneficiário titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e conforme descrito no subitem 7.1.2 deste Elemento Técnico.
- d) **Auxílio-Saúde:** benefício concedido aos empregados do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal, que contratarem plano de assistência médica e odontológica, cujos valores serão ressarcidos, por beneficiário titular, de acordo com a tabela e regras de ressarcimento definidos pelo IGESDF.
- e) **Administradora de benefícios:** empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para atuar como administradora de benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual o IGESDF celebrará Termo de Credenciamento.
- f) **Operadora de plano de saúde:** empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial ou hospitalar, fisioterapia, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, na forma disciplinada pela Lei n.º 9.656 de 1998 e demais resoluções da ANS.
- g) **Plano Ambulatorial:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.
- h) **Plano Hospitalar:** compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, podendo ser subdividido entre com ou sem obstetrícia.
- i) **Coparticipação:** é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples.

#### 5. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

- 5.1. Poderão participar deste credenciamento todas as Administradoras de Benefícios em Saúde que demonstrarem interesse na execução do objeto proposto.
- 5.2. O interessado responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiros os atos praticados diretamente ou por seu representante.
- 5.3. É de responsabilidade do interessado conferir a exatidão dos seus dados e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.
- 5.4. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação.
- 5.5. Estão impedidas de participar do credenciamento:
- 5.5.1. Declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- 5.5.2. Aquelas que, por qualquer outra razão, foram sancionadas com impedimento de licitar e contratar com Poder Público ou declaração de inidoneidade por força de lei;
- 5.5.3. Pessoas jurídicas condenadas por improbidade administrativa, quando a sentença judicial impuser proibição de contratar com o Poder Público.
- 5.5.4. Dirigente ou empregado do IGESDF, incluindo os membros da Diretoria Executiva e dos Conselhos de Administração Fiscal;
- 5.5.5. Servidor público ou detentor de cargo em comissão ou função comissionada ou gratificada, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, que possa ter conflito de interesse com o IGESDF, na execução do contrato de gestão firmado com o

Poder Executivo, por intermédio da SES/DF;

- 5.5.6. Parentes consanguíneos ou afins até o terceiro grau de pessoas elencadas nos subitens 5.5.4 e 5.5.5;
- 5.5.7. Empresas apenas com suspensão pelo IGESDF, registrado no Banco de Dados do Instituto, bem como no âmbito da Administração Pública do Distrito Federal, enquanto perdurarem os efeitos da sanção;
- 5.5.8. Pessoas jurídicas, nos termos dos subitens 5.5.4 e 5.5.5, as quais tenham participação societária na qualidade de sócio administrador ou gestor da empresa.
- 5.6. O impedimento de que trata o subitem 5.5.2 será também aplicado à pessoa jurídica que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica da interessada.

## 6. DA VIGÊNCIA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

- 6.1. O prazo de vigência do Termo de Credenciamento será de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses, desde que observadas as condições estabelecidas no Regulamento Próprio de Compras e Contratações do IGESDF.
- 6.2. Após o transcurso de 12 (doze) meses de vigência do Termo de Credenciamento, as Administradoras de Benefícios em Saúde deverão passar por nova habilitação para que, se habilitadas, formalizem termo aditivo com o IGESDF, para prorrogação de prazo de vigência.

## 7. DOS BENEFICIÁRIOS

- 7.1. Serão considerados como **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, sem limite de idade:
- 7.1.1. Empregados do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) regularmente inscritos no Benefício de Auxílio-Saúde, nos termos do normativo interno de benefício de assistência à saúde do IGESDF.
- 7.1.2. Como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** do (a) titular:
- 7.1.2.1. cônjuge ou companheiro (a) designado (a), que comprove união estável como entidade familiar com declaração cartorial, ou que tenha filhos (as) em comum;
- 7.1.2.2. filhos (as) solteiros (as) até 21 anos, 11 meses e 29 dias de idade;
- 7.1.2.3. filhos (as) solteiros (as), com mais de 21 anos, 11 meses e 29 dias até completar 24 anos, 11 meses e 29 dias de idade, comprovadamente frequentando cursos de graduação e pós-graduação, *strictu sensu* (mestrado e doutorado), sem economia própria;
- 7.1.2.4. os filhos (as) com deficiência de qualquer idade, sem economia própria;
- 7.1.2.5. os (as) enteados (as), nas mesmas condições impostas para filhos (as);
- 7.1.2.6. o menor tutelado (a) e/ou sob guarda judicial, mesmo que provisória, sem economia própria.
- 7.1.3. Os beneficiários dependentes ficam autorizados a aderir ao Plano de Saúde objeto do credenciamento nas mesmas condições ofertadas aos beneficiários titulares. No entanto, apenas os empregados do IGESDF, na condição de beneficiários titulares, gozarão dos benefícios do Auxílio-Saúde previsto no normativo interno do IGESDF.

## 8. DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

### 8.1. Da inclusão e reinclusão de beneficiários nos planos de saúde

- 8.1.1. A adesão dos empregados aos planos de saúde que serão ofertados pelas Administradoras de Benefícios é voluntária.
- 8.1.2. A inclusão far-se-á a pedido do Beneficiário, mediante manifestação expressa perante as Administradoras de Benefícios e ao seu Núcleo de Pessoas do IGESDF correspondente.
- 8.1.3. A inscrição dos empregados deverá respeitar o cronograma abaixo, considerando as datas nele definidas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, quando aplicável:

Período de Inscrição	Vigência da Cobertura Assistencial
1º ao 20º dia	A partir do primeiro dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	A partir do primeiro dia do 2º mês subsequente.

- 8.1.4. O Beneficiário disporá do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitar a sua adesão no plano de saúde, ficando, neste caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após esse prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no item 8.7 deste Elemento Técnico.
- 8.1.5. O Beneficiário Titular poderá solicitar a sua transferência entre planos com coberturas inferiores e superiores, desde que obedecidas às condições estabelecidas pelas Operadoras de Plano de Saúde, disponibilizadas pelas Administradoras de Benefícios, bem como sejam observados os valores a título indenizatório definidos pelo IGESDF em normativo interno de benefício de assistência à saúde.

### 8.2. Da descrição dos serviços (acomodações e leitos)

- 8.2.1. As Operadoras apresentadas pelas Administradoras de Benefícios deverão assegurar assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, fonoaudiológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país,

com padrão de enfermagem e/ou apartamento, centro de terapia intensivista ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

8.2.2. Atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

8.2.3. A **cobertura ambulatorial** compreenderá os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes e suas Diretrizes de Utilização (DUT), editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, realizados em consultório ou ambulatório, observadas, no mínimo, as seguintes coberturas:

I – Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II – Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterizados como internação;

III – Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IV – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

V – Cobertura de fisioterapia listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VI – Atendimentos ambulatoriais em ambiente hospitalar, caracterizados como de urgência ou de emergência limitados até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento;

VII – Procedimentos considerados especiais, no mínimo os abaixo relacionados:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) Quimioterapia ambulatorial;

c) Radioterapia ambulatorial;

d) Hemoterapia ambulatorial;

e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêutica hemodinâmica; e

g) Procedimentos que exijam anestesia local, sedação ou bloqueio.

VIII – Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, abrangendo no mínimo:

a) 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 autoagressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) Psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

c) Tratamento básico, que é aquele prestado por profissional de saúde, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

8.2.4. A assistência em fisioterapia deverá prever a cobertura de procedimentos para avaliação e tratamento de distúrbios que afetem a fisiologia normal do organismo humano e observará:

I – A autorização para tratamentos fisioterápicos será concedida a partir de solicitação de profissionais médicos, contendo a indicação clínica, o diagnóstico e a previsão da duração do tratamento proposto;

II – A assistência em fisioterapia cobrirá sessões necessárias ao tratamento fisioterápico, conforme solicitação do profissional assistente;

III – A consulta com fisioterapeuta será disponibilizada de acordo com a Diretriz de Utilização (DUT), estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

8.2.5. A assistência em psicologia deverá prever as coberturas de procedimentos, consultas e testes para avaliação e tratamento em portadores de distúrbios psicológicos e observará:

I – A assistência em psicologia será concedida a partir da solicitação do médico assistente, contendo a indicação e a justificativa do tratamento proposto;

II – Será facultada a opção pelo tipo de psicoterapia: individual, em grupo, familiar ou de casal;

III – As sessões de psicoterapia serão disponibilizadas de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

8.2.6. A assistência em fonoaudiologia deverá prever a cobertura de teste e serviços para portadores de patologias que afetem a linguagem oral ou escrita e a recepção de sons, e observará:

I – O atendimento e/ou tratamento fonoaudiológico será autorizado mediante encaminhamento por profissionais médicos ou odontólogos acompanhados de relatório técnico;

II – As sessões de fonoaudiologia serão disponibilizadas de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

8.2.7. A **cobertura hospitalar** compreenderá os atendimentos em unidade hospitalar, definidos em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, incluída a previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e devem incluir no mínimo:

I – Internação hospitalar, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II – Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

III – Diária de internação hospitalar;

IV – Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

V – Exames complementares indispensáveis para controle de 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;

VI – Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

VII – Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais conforme indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

VIII – Cobertura das despesas, inclusive paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) Pré-parto;

b) Parto;

c) Pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente; e

d) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

IX – Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT), vigentes à época do evento;

X – Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;

XI – Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

XII – Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

XIII – Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XIV – Tratamento dos transtornos psiquiátricos confinados na CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, compreendendo:

a) O custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com coparticipação do beneficiário titular de 50% ( cinquenta por cento);

c) A cobertura de internação, contínua ou não, em hospital geral, para beneficiários portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização; e

d) O custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com coparticipação do beneficiário titular de 50% (cinquenta por cento);

XV – Cobertura de transplantes conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

a) As despesas assistenciais com doadores vivos;

b) Os medicamentos utilizados durante a internação;

c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, incluindo medicamentos de manutenção;

d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.

§ 1º O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na legislação em vigor.

§ 2º Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados, na acomodação coberta pelo plano enfermaria, ao beneficiário será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

§ 3º Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade da CONTRATADA.

### 8.3. **Da modalidade dos serviços**

8.3.1. Será assegurado aos beneficiários as condições de internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas Operadoras de Plano de Saúde, dependendo da cobertura do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme o mínimo a seguir:

**I - PLANO BÁSICO (ou terminologia similar):** Plano ambulatorial e hospitalar, com acomodação em enfermaria; e

**II - PLANO ESPECIAL (ou terminologia similar):** Compreende as condições do plano básico, com acomodação em apartamento individual, banheiro privativo e direito a acompanhante, conforme condições estabelecidas em Resolução pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

8.3.2. 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.

### 8.4. **Da exclusão do beneficiário do plano de saúde**

8.4.1. O beneficiário poderá, voluntariamente, requerer a sua exclusão do plano de saúde, mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios e os Núcleos de Pessoas do IGESDF.

8.4.2. A exclusão do beneficiário se dará através de evento ou ato que implique na suspensão de seus vencimentos em razão de decisão administrativa ou judicial, do desligamento ou demissão do empregado beneficiário, cuja informação será apresentada pela Gerência de Cadastro e Folha de Pagamento junto à Administradora de Benefícios, que permanecerá responsável pelo acompanhamento e cobrança de eventuais parcelas em aberto, de responsabilidade exclusiva dos beneficiários.

8.4.3. A Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do termo de adesão do plano de saúde dos beneficiários, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

8.4.4. O beneficiário do plano de saúde, ao passar à inatividade mediante desligamento, demissão ou aposentadoria, poderá solicitar a sua manutenção no plano de saúde à Administradora de Benefícios, motivo pelo qual passará a ser designado como Beneficiário Inativo e deverá ser mantido no plano de saúde, sob responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios, devendo observar os termos definidos na Lei n.º 9.656/98 e Regulamentos Normativos da ANS.

8.4.5. Os beneficiários titulares excluídos do plano de saúde serão responsáveis pela devolução imediata à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação.

8.4.6. As solicitações de exclusão deverão obedecer aos prazos do cronograma estabelecido pela Administradora de Benefícios ou, na sua ausência, serão considerados os mesmos critérios estabelecidos no subitem 8.1.3 para fins de extinção dos benefícios e cobranças.

### 8.5. **Da urgência e emergência**

8.5.1. Consideram-se atendimentos de emergência e urgência, salvo outras características inerentes ao serviço assistencial hospitalar:

a) Urgência: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

b) Emergência: evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.5.2. É assegurado o atendimento de urgência e emergência ao beneficiário, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da adesão ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções vitais do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

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

b) Durante o período de carência, inclusive na hipótese da alínea "a" supra, caberão às Operadoras de Planos 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, caso necessário, conforme diretrizes da Resolução Normativa ANS nº 490, de 29 de março de 2022 e suas atualizações.

8.5.3. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN nº 558/2022 e alterações posteriores).

8.5.4. Os serviços de pronto-socorro disponibilizados pelas Operadoras de Planos de Saúde devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

8.5.5. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) 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:

- 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 a Operadora de Plano de Saúde desse ônus;
- b) As Operadoras de Planos de Saúde 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; e
- c) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente, a Operadora de Plano de Saúde estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

#### 8.6. **Da coparticipação dos beneficiários no custeio dos serviços**

- 8.6.1. Os planos de saúde poderão ser oferecidos aos colaboradores do IGESDF nas modalidades com e/ou sem a coparticipação em eventos.
- 8.6.2. Caso o plano contratado possua coparticipação financeira nos custeios dos serviços, o beneficiário pagará pelo uso dos eventos no percentual definido pela Tabela de Referência da Operadora de Planos de Saúde, vigente à data do evento, respeitada a regulamentação da ANS.
- 8.6.3. A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante autorização de débito em conta corrente, por boleto bancário ou outro meio ajustado entre a Administradora e o Beneficiário, sendo vedado a modalidade do débito em folha pagamento.
- 8.6.4. Quando o Beneficiário solicitar o cancelamento/exclusão de sua inscrição no plano de saúde a que estiver vinculado será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

#### 8.7. **Da carência**

- 8.7.1. Desde que os usuários formalizem a contratação com a Administradora de Benefícios em até 60 (sessenta) dias após início de vigência do Termo de Credenciamento, ou em até 30 (trinta) dias do ato da admissão do beneficiário, não poderá ser exigida qualquer carência para a utilização dos planos de saúde, tampouco cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes.
- 8.7.2. Não poderá ser exigida carência em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.
- 8.7.3. Considera-se emergência e urgência o disposto no subitem 8.5, observado art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
- 8.7.4. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no subitem 8.1.4 supra, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS, conforme definidas abaixo:
  - a) Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis): 24 horas;
  - b) Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional: 300 (trezentos) dias; e
  - c) Demais situações: 180 (cento e oitenta) dias.
- 8.7.5. Fica sujeito ao cumprimento de carência o eventual retorno de empregado, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada voluntariamente ou por motivo de inadimplência.

#### 8.8. **Da portabilidade**

- 8.8.1. A portabilidade será realizada de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (Resolução Normativa nº 438, de 3 de dezembro de 2018 e alterações posteriores).
- 8.8.2. Os beneficiários que tiverem de optar por outro plano, por motivo de transferência de unidade, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que forem oficialmente transferidos entre unidades, para eventual troca de operadora de planos de saúde regional ou de âmbito nacional, dentre aquelas vinculadas à Administradora de Benefícios, ficando, nesse caso, amparados pela Súmula 21 da ANS em relação aos critérios de carências, para usufruírem dos serviços abrangidos. Após este prazo, os empregados cumprirão as carências estabelecidas no subitem 8.7 supra.

#### 8.9. **Da rede credenciada**

- 8.9.1. As Operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar a nível nacional e/ou regional, de acordo com o previsto no subitem 1.2, observado o Rol de Procedimentos da ANS.
- 8.9.2. As Operadoras apresentadas pelas Administradoras de Benefícios com planos de abrangência nacional deverão apresentar junto à documentação de habilitação comprovação de Rede Credenciada hospitalar e ambulatorial em no mínimo 70% (setenta por cento) das capitais do país.
- 8.9.3. As Operadoras apresentadas pela Administradora de Benefícios deverão se empenhar para manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado em sua proposta, durante toda a vigência do credenciamento, sendo facultado às Administradoras de Benefícios, quando possível, disponibilizar operadoras e/ou produtos adicionais, com a finalidade de ampliar o atendimento oferecido aos beneficiários.

#### 8.10. **Do reembolso**

- 8.10.1. O beneficiário receberá reembolso das despesas com assistência médico-hospitalar realizada fora da rede credenciada, em cumprimento ao que determina a Resolução Normativa ANS n.º 566, de 29 de dezembro de 2022, sempre que:

- a) O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, e não houver rede credenciada para prestar o atendimento;
- b) Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pela unidade hospitalar que executou o procedimento; e
- c) Situações que impeçam o atendimento pela rede credenciada das Operadoras de Planos de Saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, tais como greves e paralisações.

8.10.2. Além dos casos indicados acima, será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados aos beneficiários com assistência à saúde, de acordo com o tipo de plano contratado, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas Operadoras de Planos de Saúde contratadas pela Administradora de Benefícios.

8.10.3. O pagamento do reembolso será efetuado conforme as regras da ANS e de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original.

8.10.4. Para os beneficiários habilitarem-se ao possível reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às Operadoras de Planos de Saúde contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos, no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento:

- a) Conta discriminada 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; e
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

#### 8.11. **Da remoção**

8.11.1. Nos planos com cobertura hospitalar, 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, observados os prazos de carência estabelecidos no subitem 8.7., em cumprimento ao que disciplina a Resolução Normativa ANS n.º 490, de 29 de março de 2022.

8.11.2. 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:

- 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 operadora desse ônus;
- b) 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; e
- c) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

#### 8.12. **Disposições gerais**

8.12.1. A Administradora de Benefícios deverá manter, durante toda a vigência do Credenciamento, canal de atendimento presencial e/ou eletrônico para os empregados do IGESDF, visando facilitar a assinatura de Termos de Adesão de Plano de Saúde, intermediar demandas junto às Operadoras de Plano de Saúde, tirar dúvidas e prestar informações gerais aos beneficiários titulares e dependentes.

8.12.2. A Administradora de Benefícios credenciada garantirá ao Beneficiário Titular contratado pelo IGESDF, o prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data de sua admissão na Instituição, para contratar o Plano de Saúde de sua escolha, dentre aqueles vinculados à Administradora de Benefícios, ficando, nesse caso, o Beneficiário Titular e Beneficiários Dependentes isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após este prazo, os Beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS.

8.12.3. A Administradora de Benefícios credenciada deverá manter nas dependências do Edifício Sede do IGESDF, em Brasília/DF, durante a vigência do Termo de Credenciamento, posto de apoio para atendimento aos empregados do Instituto.

8.12.4. Para demais unidades do IGESDF, também sediadas nesta Capital, o referido posto poderá ser disponibilizado pelo prazo de 30 (trinta) dias da assinatura do Termo de Credenciamento, visando facilitar a assinatura do Termo de Adesão.

8.12.5. Os planos de saúde deverão ter as coberturas previstas conforme rol estabelecido pela ANS, observadas as modalidades de planos ofertadas aos empregados do IGESDF.

8.12.6. O beneficiário poderá utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede credenciada 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 credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às Operadoras de Plano de Saúde efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário.

8.12.7. 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.

8.12.8. As Operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos aos seus beneficiários segurados.

8.12.9. Nos casos em que as Operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios estabelecerem autorização prévia, deverão ser atendidos os requisitos do art. 3º da RN nº 566, de 29 de junho de 2022, e suas alterações posteriores.

8.12.10. Nos casos em que seja necessária a avaliação por junta médica, esta deverá ser constituída por três membros, sendo: (i) o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, (ii) um médico da Operadoras de Plano de Saúde, e (iii) um membro

escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora de Plano de Saúde.

8.12.11. Conforme o art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, é facultada às Operadoras de Plano de Saúde a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários 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.

8.12.12. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento de despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando as Operadoras de Plano de Saúde providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.

8.12.13. As Administradoras de Benefícios e as Operadoras de Plano de Saúde deverão observar a necessária autorização prévia da ANS para os casos de alteração, exclusão, substituição e redimensionamento de redes assistenciais credenciadas.

8.12.14. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se em estrita conformidade com o previsto na Lei nº 9.656/98, bem como em conformidade com as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, garantindo-se comunicação prévia de pelo menos 30 (trinta) dias aos beneficiários.

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

## 9. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

### 9.1. Das Obrigações da(s) Administradora(s) de Benefícios

9.1.1. Fiscalizar os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, defendendo os interesses dos beneficiários junto às Operadoras de Planos de Saúde.

9.1.2. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos empregados do IGESDF.

9.1.3. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Credenciamento.

9.1.4. Exigir dos beneficiários documentos que comprovem seu vínculo junto ao IGESDF.

9.1.5. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a inclusão e exclusão de beneficiários.

9.1.6. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da Operadora de Planos de Saúde, garantindo a continuidade plena dos atendimentos.

9.1.7. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas Operadoras de Planos de Saúde para a prestação dos serviços de assistência à saúde.

9.1.8. Apresentar, trimestralmente, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às Operadoras de Planos de Saúde.

9.1.9. Informar aos beneficiários titulares, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência, sobre o reajuste dos valores dos planos de saúde.

9.1.10. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários.

9.1.11. Executar, quando solicitado pelo IGESDF, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos beneficiários, sem ônus financeiro para o IGESDF.

9.1.12. Intervir, auxiliar e negociar junto às Operadoras de Planos de Saúde os reajustes de preços dos planos.

9.1.13. Disponibilizar atendimento aos beneficiários sempre que solicitado.

9.1.14. Proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem empregado habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN - ANS Nº 255/2011.

9.1.15. Comprovar, anualmente, o vínculo com as Operadoras de Planos de Saúde, mediante apresentação de instrumento específico.

9.1.16. Encaminhar, anualmente, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

9.1.17. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pelo IGESDF, por meio do Fiscal, com os seguintes dados, respeitando o que determina a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD):

I) Perfil Demográfico da Carteira;

II) Relatório de sinistralidade;

III) Indicadores sobre a Utilização;

a) Beneficiários;

b) Prestadores;

IV) Casos Crônicos e de Risco;

a) Identificação de casos Crônicos;

b) Descrição das Patologias; e

c) Parecer médico.

V) Monitoramento;

VI) Lista de beneficiários selecionados para gerenciamento e Casos ou Condições Crônicas enviadas para a operadora.

9.1.18. Negociar os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, defendendo os interesses dos beneficiários junto às Operadoras de Planos de Saúde, especialmente no que se refere à:

I) Negociação de reajuste;

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

III) Alteração de rede assistencial.

9.1.19. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários.

9.1.20. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Credenciamento, na legislação de Saúde Suplementar e no Termo de Adesão.

9.1.21. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada no Termo de Adesão, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras.

9.1.22. Disponibilizar serviços de atendimento ao usuário, sem prejuízo da central de atendimento das operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios.

9.1.23. Efetivar, quando solicitado, o aproveitamento de carências, conforme legislação em vigor.

9.1.24. A Administradora de Benefícios deverá se empenhar para efetivar a troca da Operadora de Planos de Saúde, sempre que possível, dentre as apresentadas em sua proposta, em caso de interesse de portabilidade pelo beneficiário.

9.1.25. Fornecer aos beneficiários a Declaração Anual de Quitação, relacionando os pagamentos mensais e o total.

9.1.26. Informar aos Beneficiários, por meio eletrônico e/ou físico, sobre situações e pendências cadastrais ou financeiras que possam acarretar o cancelamento do plano de saúde contratado, nos termos da Resolução Normativa ANS n.º 593, de 19 de dezembro de 2023, e alterações posteriores.

9.1.27. Acompanhar e fiscalizar a atuação das Operadoras de Planos de Saúde perante os beneficiários, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.

9.1.28. Manter, durante a vigência do Credenciamento, todas as condições que ensejaram o credenciamento da Administradora de Benefícios, promovendo a necessária atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de fiscalização do IGESDF e/ou de qualquer ente de controle externo.

9.1.29. Comunicar ao representante do IGESDF, indicado como Fiscal do Termo de Credenciamento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.

9.1.30. Encaminhar ao Fiscal do Termo de Credenciamento indicado pelo IGESDF, anualmente, relatório com o quantitativo de beneficiários por Operadora de Planos de Saúde e seus respectivos planos.

9.1.31. A Administradora de Benefícios atuará na condição de estipulante de plano coletivo a ser disponibilizado, assumindo o risco decorrente da inadimplência do beneficiário, conforme regulamentação da ANS (Resolução Normativa nº 569/2022).

## 9.2. **Das Obrigações da(s) Operadora(s) de planos de saúde**

9.2.1. Caberá às Operadoras de Planos de Saúde, além das responsabilidades resultantes do credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656, de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS, exigindo, ainda, a obrigação de:

a) Caberá às Operadoras de Planos de Saúde, além das responsabilidades resultantes do credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações e das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, nº 565, de 16 de dezembro de 2022; das orientações e especificações técnicas constantes neste credenciamento, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados, bem como atualizações posteriores;

b) Viabilizar, por meio de sua rede credenciada, os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

c) Nas situações que impeçam o atendimento da rede credenciada, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou dependente com serviços de assistência à saúde será realizado, integralmente, pelas Operadoras de Plano de Saúde, ora contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

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

e) Fornecer gratuitamente a 1ª (primeira) via de carteira de identificação personalizada, na forma digital, como meio de garantir a sustentabilidade ambiental, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano aderido pelos beneficiários;

f) Envidar esforços para manter credenciado do quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da oferta do plano de saúde aos beneficiários, respeitando o que determina a regulamentação da ANS;

g) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos beneficiários;

h) Oferecer os serviços de atendimento 24h aos beneficiários, para os esclarecimentos que se fizerem necessários; e

i) Fornecer gratuitamente aos beneficiários o manual de normas e procedimentos, no formato digital, como meio de garantir a sustentabilidade ambiental, no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros).

## 9.3. **Das obrigações do IGESDF**

9.3.1. Colocar à disposição da Administradora Benefícios, respeitadas as disposições constantes da Lei Geral de Proteção de Dados, 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.

9.3.2. Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências das unidades administradas pelo IGESDF, desde que mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Credenciamento.

9.3.3. Acompanhar e fiscalizar a execução do Termo de Credenciamento, por meio de seu representante indicado como fiscal, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento.

9.3.4. Permitir à Administradora de Benefícios a divulgação de sua carteira de serviços, objeto do presente Credenciamento, junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, Internet e outros meios de divulgação previamente autorizados.

## 10. DA IMPUGNAÇÃO E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS

10.1. Qualquer pessoa é parte legítima para solicitar esclarecimento ou impugnar o Edital de Credenciamento.

10.2. A impugnação do Edital ou pedido de esclarecimentos deverá ser dirigida à Gerência Geral de Administração.

10.3. O pedido de esclarecimento ou impugnação deverá ser encaminhado exclusivamente por meio de endereço eletrônico.

10.4. Caberá à Gerência Geral de Administração decidir sobre a solicitação de esclarecimentos ou impugnação, no prazo estabelecido no Regulamento de Compras deste Instituto.

10.5. A resposta à impugnação ou ao pedido de esclarecimento será divulgada no sítio eletrônico do IGESDF.

10.6. Acolhida a impugnação, o impugnante será comunicado da decisão e das providências adotadas para o atendimento ao pleito.

## 11. DA PROPOSTA COMERCIAL

11.1. A proposta deverá ser apresentada em documento discriminativo, em atendimento à Resolução Normativa - ANS nº 509, de 30 de março de 2022, e demais normativos correlatos da ANS, e deverá conter, além da documentação constante no item 12, as seguintes informações:

a) nome do representante legal da empresa e dados;

b) detalhamento do objeto;

c) as quantidades;

d) valores unitários por faixa etária, por mês, em moeda nacional;

e) prazo de validade da proposta não inferior a 90 (noventa) dias;

f) CNPJ, telefone/fac-símile, endereço e e-mail;

g) Nos preços já deverão estar consideradas todas as despesas com tributos, fretes, transportes, seguros e demais despesas que incidam direta ou indiretamente no fornecimento do objeto deste Elemento Técnico.

## 12. DA HABILITAÇÃO

12.1. A Administradora de Benefícios que tenha interesse no credenciamento deverá apresentar os documentos referentes à regularidade fiscal, jurídica e técnica dispostos neste Elemento Técnico, bem como os relacionados abaixo:

### 12.1.1. Regularidade Fiscal, Social e Trabalhista:

a) CNPJ – Comprovante de inscrição e de situação cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;

b) União – Certidão Negativa de regularidade com a Fazenda Federal, mediante certidão conjunta negativa de débitos, ou positiva com efeitos de negativa, relativos aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

c) CNDT – Certidão Negativa de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, ou certidão positiva com efeitos de negativa;

d) FGTS – Certidão Negativa de regularidade relativa ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, mediante Certificado de Regularidade;

e) Certidão Negativa de regularidade perante as Fazendas Municipal, Estadual ou Distrital da sede do fornecedor;

f) CEIS – Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas, mantido pela Controladoria Geral da União;

g) CNJ – Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça;

e

h) TCU – Lista de Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União.

### 12.1.2. Habilitação Jurídica:

a) Cópia da cédula de identidade dos representantes legais;

b) No caso de empresa individual: registro empresarial na junta comercial;

c) No caso de sociedades comerciais: Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado na junta comercial. Os documentos deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

- d) Documento comprobatório autenticado de seus administradores reconhecido nacionalmente (CNH, carteira de identidade, registro profissional ou outro);
- e) No caso de sociedades por ações: Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, em exercício;
- f) No caso de sociedades civis: inscrição do Ato constitutivo e alterações subsequentes no Registro civil das Pessoas Jurídicas, prova de diretoria em exercício; acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- g) No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país: decreto de autorização e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir; e
- h) Para todos os efeitos, considera-se como Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, o documento de constituição da empresa, acompanhado da (s) última (s) alteração (ões) referente (s) à natureza da atividade comercial e à administração da empresa, ou a última alteração consolidada.

#### 12.1.3. Representação:

- a) Se representante legal apresentar procuração por instrumento particular ou público, com poderes para praticar os atos pertinentes ao credenciamento;
- b) Na hipótese de procuração por instrumento particular, deverá vir acompanhada do documento constitutivo do proponente ou de outro documento em que esteja expressa a capacidade/competência do outorgante para constituir mandatário; e
- c) O representante legal constante na procuração deverá apresentar documento comprobatório autenticado reconhecido nacionalmente (CNH, carteira de identidade, registro profissional ou outro), assim como do sócio outorgante.

#### 12.1.4. Qualificação Técnica:

- a) Apresentar portfólio de Operadoras de Plano de Saúde abrangendo, no mínimo, 02 (duas) operadoras, devendo apresentar, no mínimo, 03 (três) tipos de planos, sendo: 01 (um) com abrangência nacional; 01 (um) com abrangência regional (grupo de estados /ou grupo de municípios e/ou municipal); e 01 (um) na segmentação ambulatorial, todos na modalidade coletivos empresariais, com e/ou sem coparticipação;
- a.1) As Operadoras apresentadas pelas Administradoras de Benefícios com planos de abrangência nacional, deverão apresentar junto à documentação de habilitação comprovação de Rede Credenciada hospitalar e ambulatorial em no mínimo 70% (setenta por cento) das capitais do país.
- b) Apresentar comprovação de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS como Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, comprovando a autorização de funcionamento perante ANS;
- c) Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas, que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de Operadoras de Plano de Saúde, devidamente registradas na ANS:

**Quadro 1 – Experiência da Administradora de Benefícios (Atestados de Capacidade Técnica)**

Componente		Julgamento
EXPERIÊNCIA DA EMPRESA	1 – Apresentar comprovação de 01 (um) cliente como estipulante de Plano de Saúde, com no mínimo <b>10.000 (dez mil) vidas administradas diretamente.</b>	<b>30 (trinta) pontos.</b>
	2 – Apresentar comprovação de 01 (um) cliente como estipulante de Plano de Saúde, com no mínimo <b>6.000 (seis mil) vidas administradas diretamente.</b>	<b>20 (vinte) pontos.</b>
	3 – Apresentar comprovação de 01 (um) cliente como estipulante de Plano de Saúde, com no mínimo <b>5.000 (cinco mil) vidas administradas.</b>	<b>10 (dez) pontos.</b>
	4 – Apresentar comprovação de 04 (quatro) clientes como estipulante de Plano de Saúde, com no mínimo 3.000 (três mil) vidas administradas diretamente. Cada atestado valerá 10 (dez) pontos para compor o somatório dos 40 (quarenta) pontos deste item	<b>Até 40 (quarenta) pontos.</b>

c.1) A pontuação de cada item proposto neste critério é determinada conforme apresentação dos atestados de capacidade técnica para atender cada item do quadro acima. Os atestados utilizados para atendimento dos itens 1, 2 e 3 do quadro de pontuação não serão considerados válidos para a composição do critério constante do item 4 do Quadro 1. Caso os atestados não sejam apresentados nas condições expostas no Quadro 1, a pontuação será zerada de acordo com o item não apresentado;

c.2) Para ser credenciada, as Administradoras de Benefícios deverão atingir a pontuação mínima de 70 (setenta) pontos. A pontuação de cada item proposto neste critério é determinada conforme apresentação dos atestados de capacidade técnica para atender cada critério apresentado para habilitação no processo de Credenciamento; e

d) Quanto às operadoras apresentadas pelas Administradoras para cumprimento do item 1.2, pelo menos 02 (duas) deverão apresentar comprovação de que possui índice de desempenho da saúde suplementar – IDSS, relativo a 2025 (ano base 2024), maior ou igual a 0,8000 e Certidão da ANS que comprove não se encontrar sob regime de direção fiscal e liquidação extrajudicial.

#### 12.1.5. Qualificação Econômico-Financeira

12.1.5.1. Certidão Negativa de Falência ou Concordata (art. 192, Lei nº 11.101/2005), Recuperação Judicial ou Extrajudicial e Execução patrimonial, expedidas pelo setor de distribuição da Justiça Comum, Justiça Federal e Justiça do Trabalho da sede e domicílio da pessoa física ou jurídica.

12.1.5.2. Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, devidamente registrado no órgão competente, salvo nos casos de Microempreendedor Individual – MEI, Individual, o qual é dispensado do registro, conforme §2º, do Art. 12, da Instrução Normativa DREI nº 11, de 05 de dezembro 2013, devendo apresentar somente o balanço patrimonial e as demonstrações contábeis do último exercício social, devidamente assinados pelo seu representante legal e pelo contador responsável:

a) Será considerado o balanço de abertura de empresas constituídas antes de 1 (um) ano, devidamente registrado na Junta Comercial ou órgão equivalente;

b) Comprovação da boa situação econômico-financeira da credenciante, por meio de:

b.1) Capital social integralizado não inferior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); e

b.2) Índices contábeis, atestados por documento assinado por profissional legalmente habilitado, de acordo com os seguintes parâmetros:

I) Índice de Liquidez Corrente (ILC) maior ou igual a 1,0;

II) Índice de Solvência Geral (SG) maior ou igual a 1,0; e

III) Índice de Liquidez Geral (ILG) maior ou igual a 1,0.

**ILC = AC/PCSG = AT/(PC + PNC)**

**ILG = (AC + RLP)/PC + PNC**

**Onde: AC = Ativo Circulante;**

**PC = Passivo Circulante;**

**AT = Ativo Total;**

**PNC = Passivo Não Circulante; e**

**RLP = Realizável a Longo Prazo.**

12.2. Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

12.3. Caso a Administradora de Benefícios seja a matriz, todos os documentos devem estar registrados em nome da matriz. Por outro lado, se a Administradora de Benefícios for uma filial, todos os documentos devem estar em nome da filial, exceto aqueles que, por sua natureza específica, comprovadamente, são emitidos exclusivamente em nome da matriz.

12.4. Serão aceitos registros de CNPJ de matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

12.5. Não serão aceitos documentos cujas datas e caracteres estejam ilegíveis.

12.6. A qualquer momento durante o processo ou no prazo de vigência do credenciamento, o IGESDF poderá solicitar, para fins de comprovação, as cópias autenticadas ou os originais da documentação exigida neste Elemento Técnico.

### 13. DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

13.1. A proposta de credenciamento, acompanhada dos documentos exigidos para habilitação, deverá ser encaminhada eletronicamente pelo link disponível no sítio eletrônico do IGESDF, desde que cumpridos todos os requisitos deste Elemento Técnico.

13.2. O prazo para acolhimento da proposta de credenciamento será de 12 (doze) meses, contados de sua publicação, podendo ser prorrogado.

### 14. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO E DAS PROPOSTAS

14.1. A análise da documentação será processada pela Comissão de Avaliação, em conformidade com as condições estipuladas neste Elemento Técnico.

14.2. A Comissão verificará se os documentos apresentados cumprem os requisitos de habilitação e de formalização da proposta.

14.3. A Comissão poderá conceder prazo adicional para complementar a entrega de documentos eventualmente faltantes ou para promover a regularização desses, mediante comunicação eletrônica diretamente aos interessados.

### 15. DA HOMOLOGAÇÃO

15.1. Serão declarados habilitados para o credenciamento todos os requerentes que atenderem à integralidade das exigências contidas neste Elemento Técnico.

15.2. Transcorrido o prazo recursal (dois dias úteis), as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à Gerência Geral de Administração, que realizará a homologação do processo, seguindo-se à formalização do Termo de Credenciamento.

## 16. DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

16.1. Após a formalização do Termo de Credenciamento, as Administradoras de Benefícios terão até 15 (dez) dias úteis para iniciar a prestação dos serviços aos empregados do IGESDF.

## 17. DO PAGAMENTO

17.1. O pagamento do plano de saúde será efetuado pelo beneficiário, na forma de pagamento expressamente definida (ex.: boleto; débito em conta; ou outro meio) com a Administradora do Benefício.

17.2. A Credenciada enviará mensalmente para o IGESDF a relação dos beneficiários contratantes de seus planos de saúde, para que o IGESDF proceda com o ressarcimento ao empregado, nos termos do normativo interno que dispõe sobre o benefício de assistência à saúde.

17.3. Deverá constar, ainda, na relação prevista no subitem 17.2, a identificação do plano de saúde; o mês de competência da mensalidade; e o valor da mensalidade de responsabilidade do empregado, discriminada por titular e por dependente.

17.4. A relação deverá ser enviada pela Credenciada ao IGESDF até o dia 20 (vinte) de cada mês da competência das mensalidades, preferencialmente, em layout a ser definido pelas partes no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do Termo de Credenciamento.

17.5. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do IGESDF a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios, considerando que o pagamento das mensalidades do plano de saúde é de responsabilidade exclusiva do beneficiário interessado.

## 18. DO REAJUSTE

18.1. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários poderão ser objeto de reajuste, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares e outras despesas operacionais da Operadora de Planos de Saúde, bem como a taxa de sinistralidade, quando a esta ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento), desde que observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses e as disposições constantes da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas alterações.

18.2. 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.

18.3. Sempre que o índice de sinistralidade verificado 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**

18.4. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o IGESDF.

## 19. DA FISCALIZAÇÃO

19.1. O IGESDF, por meio de seu empregado indicado como Fiscal, realizará o acompanhamento da execução dos serviços, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados pela Administradora de Benefícios, devendo as ocorrências serem registradas em relatórios anexados em Processo SEI específico, para cada Administradora de Benefícios credenciada, observando o que disciplina o Regulamento Próprio de Compras e Contratações – RPCC e norma interna do Instituto que tratar sobre a execução e fiscalização contratual.

19.2. A existência e atuação da fiscalização em nada restringem a responsabilidade única, integral e exclusiva da Administradora de Benefícios, no que concerne aos serviços pactuados, a sua execução e as suas consequências e implicações, próximas ou remotas, perante o IGESDF ou perante terceiros, do mesmo modo que a ocorrência de eventuais irregularidades na execução dos serviços não implica em corresponsabilidade do IGESDF e/ou seus prepostos.

19.3. A Administradora de Benefícios declara, antecipadamente, aceitar os métodos e processos de inspeção, verificações, controle e aplicações de penalidades adotados pela fiscalização, obrigando-se a fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos, comunicações de que necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

## 20. DAS PENALIDADES

20.1. A inexecução ou atraso do objeto previsto neste Elemento Técnico, sujeitará a credenciada às disposições contidas no artigo 147 do Regulamento de Compras e Contratações do IGESDF, bem como à Resolução da Diretoria Executiva (DP.RDE.062/2024), que disciplina as atividades de gestão e de fiscalização da execução contratual, além dos procedimentos para apuração e aplicação de penalidades.

20.2. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Credenciamento, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes penalidades:

I - Advertência;

II - Multa nos seguintes percentuais:

a) multa de mora no percentual de 0,3% (três décimos por cento), limitada ao máximo de 3% (três por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos colaboradores à Administradora de Benefício no mês de ocorrência da infração, em caso de descumprimento parcial das obrigações assumidas.

b) multa compensatória no percentual de até 3% (três por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos colaboradores à Administradora de Benefícios, no mês de ocorrência da infração, no caso de descumprimento total do Termo de Credenciamento.

III - Suspensão de participação em Seleção de Fornecedores e impedimento de contratar com o IGESDF, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

20.3. A aplicação de multa não impede que o IGESDF realize o descredenciamento da Administradoras de Benefícios de Saúde.

20.4. A autoridade competente, na aplicação das penalidades, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, a abrangência do dano apontada pela área demandante, bem como o dano causado ao IGESDF, observado o princípio da proporcionalidade e da razoabilidade.

20.5. Sem prejuízo das penalidades previstas no item 20.2, o IGESDF poderá descredenciar a Administradora de Benefícios, sem que isso gere direitos indenizatórios ou de reembolso, caso tome conhecimento de fato ou circunstância que desabone a sua idoneidade comercial ou afete a sua capacidade financeira, técnica ou jurídica.

## 21. DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

21.1. Deverão ser observadas as providências para a **proteção dos dados pessoais**:

21.1.1. A(s) Administradora(s) de Benefícios em Saúde credenciadas se comprometem a adotar as melhores práticas para respeitar a legislação vigente e/ou que venha entrar em vigor sobre proteção de dados, inclusive na forma da Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), e se obriga a manter e utilizar medidas de segurança administrativas, técnicas e físicas apropriadas e suficientes para proteger a confidencialidade e integridade de todos os dados pessoais coletados em razão da execução do objeto do Termo de Credenciamento, garantindo sua proteção contra acesso não autorizado, destruição, uso, modificação, divulgação ou perda acidental ou indevida.

21.1.2. O tratamento de dados pessoais será utilizado nos estritos limites da consecução do objeto do Termo de Credenciamento ou do consentimento expressamente manifestado por escrito por seus respectivos titulares.

21.1.3. Sempre que constatar acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito por parte de seus colaboradores, diretores ou prepostos, a credenciada imediatamente comunicará ao IGESDF, colaborando, inclusive, com eventual comunicação de ocorrência de incidente de segurança à Autoridade Nacional de Proteção de Dados.

21.1.4. Ao fim do serviço, a credenciada adotará todas as medidas visando à eliminação dos respectivos dados pessoais de seu banco de dados, ressalvadas as hipóteses do art. 16 da LGPD.

21.1.5. A credenciada será integralmente responsável pelo pagamento de perdas e danos de ordem moral e material, bem como pelo ressarcimento do pagamento de qualquer multa ou penalidade imposta ao IGESDF e/ou a terceiros diretamente resultantes do descumprimento de qualquer das obrigações relativas à proteção de dados pessoais.

21.1.6. Todas as obrigações relativas à proteção de dados pessoais, inclusive sigilo e confidencialidade, permanecerão em vigor mesmo após o término de vigência do Termo de Credenciamento.

## 22. ANTICORRUPÇÃO

22.1. Para execução deste ajuste, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste ajuste, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

22.2. A credenciada se obriga a cumprir e respeitar o Código de Ética deste Instituto, em especial nas questões relacionadas ao sigilo das informações relativas ao credenciamento, e tratar como matéria sigilosa todos os assuntos de interesse do IGESDF que, direta ou indiretamente, tenha ou vier a ter conhecimento, obrigando-se a deles não utilizar em benefício próprio ou divulgar, de forma a não permitir ou deixar que qualquer pessoa deles se utilize, sob pena de rescisão do Termo de Credenciamento.

## 23. DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1. Os casos omissos ou que necessitem de instruções complementares, serão dirimidos pela Diretoria Executiva (DIREX) do IGESDF, podendo contar com o apoio da área Gestora e do Fiscal do Termo de Credenciamento, em conjunto com a Administradora de Benefícios, devendo seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

23.2. É vedado à Administradora de Benefícios subcontratar, total ou parcialmente, o objeto deste Credenciamento.

## 24. DO LOCAL E DATA

Brasília/DF, 02 de abril de 2025.

**ELAINE CRISTINA SILVESTRE**

Gerência Geral de Pessoas

Matrícula 0001129-9

**APROVO** o presente Elemento Técnico, consoante ao Regulamento Próprio de Compras e Contratações IGESDF, e **AUTORIZO** a realização do procedimento.

**TÚLLIO CUNHA NOGUEIRA AGUIAR**

Diretoria da Vice-Presidência

Matrícula 0000508-8



Documento assinado eletronicamente por **ELAINE CRISTINA SILVESTRE - Matr.0001129-9, Gerente Geral**, em 02/04/2025, às 15:53, conforme art. 6º do Decreto nº 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 **TÚLLIO CUNHA NOGUEIRA AGUIAR - Matr.0000508-8, Diretor(a) Vice-Presidente Interino(a)**, em 02/04/2025, às 16:01, conforme art. 6º do Decreto nº 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](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
verificador= **167207016** código CRC= **374BC910**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"  
SMHS - Área Especial - Quadra 101 - Bairro Asa Sul - CEP 70335-900 -