



Governo do Distrito Federal
Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
Gerência de Contratos
Núcleo de Formalização

Termo de Credenciamento - IGESDF/SUCON/GGADM/GCONT/NUFOR

* MINUTA DE DOCUMENTO

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº XXX/2025
PROCESSO SEI/GDF N.º 04016-00001645/2025-16

TERMO DE CREDENCIAMENTO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM O INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - IGESDF E A EMPRESA XXXXXXXX, PARA O CREDENCIAMENTO DE EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE, DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES E DEMAIS CONDIÇÕES CONSTANTES NO EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º XXXX/2025, PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DO INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – IGESDF.

O INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL — IGESDF, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob o n.º 28.481.233/0001-72, constituído sob a forma de Serviço Social Autônomo (SSA), instituído pela Lei Distrital n.º 5.899, de 3 de julho de 2017, com nomenclatura alterada pela Lei Distrital n.º 6.270, de 30 de janeiro de 2019, regulamentado por meio do Decreto n.º 39.674, de 19 de fevereiro de 2019, sediado no SHMS — Área Especial — Quadra 101 — Bloco A, Brasília-DF, CEP: 70.335-900, neste ato representado por seu Diretor-Presidente, o Senhor **CLEBER MONTEIRO FERNANDES**, inscrito sob o CPF nº 144.***.***-00, portador do RG n.º 38**.***6 - SSP/DF, e seu Diretor de Administração e Logística, o Senhor **RUBENS DE OLIVEIRA PIMENTEL JÚNIOR**, inscrito sob o CPF n.º 669.***.***-87, e portador do RG n.º 147***3 SSP/DF, doravante denominado **IGESDF**, do outro lado, a empresa **XXXXXXXXX**, inscrita no CNPJ sob o nº **XXXXXXXXX**, sediada na **XXXXXXXXX**, telefone: **(XX) XXXXX**, e-mail: **XXXXXXXXX**, neste ato representado por seu Representante Legal, o Senhor **XXXXXXXXX**, inscrito no CPF n.º **XXXXXXXXX**, e portador do RG n.º **XXXXXXXXX**, doravante denominada **CRENCIADA**, resolvem celebrar o presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, conforme condições e especificações constantes no [Regulamento Próprio de Compras e Contratações, aprovado pela Resolução Nº 3, de 29 de Agosto de 2024](#) e demais ordenamentos legais pertinentes, que aceitam e se obrigam, ratificam e outorgam, por si e seus sucessores, pelas cláusulas a seguir descritas.

1. DO PROCEDIMENTO

CLÁUSULA PRIMEIRA – O presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO** está em conformidade com os termos do **ELEMENTO TÉCNICO Nº 7/2024 - IGESDF/DVP/GGPES (167207016)**, do **EDITAL DE SELEÇÃO DE FORNECEDORES Nº XXX/2025 (167372924)** e do **Parecer SEI-GDF Nº XXXX/2025 - IGESDF/DP/GAB/ASJUR/CJPRO (XXXX)**, emitido pela Assessoria Jurídica. O Termo de Credenciamento obedece ao [Regulamento Próprio de Compras e Condições - 2024](#) do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.

2. DO OBJETO

CLÁUSULA SEGUNDA – O presente instrumento tem por objeto o **CREDENCIAMENTO DE EMPRESA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE, AUTORIZADA PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, COM A FINALIDADE DE DISPONIBILIZAR PLANO 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, POR MEIO 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, para atender às necessidades do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF, nos termos do [Regulamento Próprio de Compras e Condições do IGESDF - 2024](#), consoante Resolução CA/IGESDF Nº 03/2024 e anexo, na **Proposta Comercial (XXXXXXXX)** apresentada pela **CRENCIADA**, documentos integrantes e indissociáveis deste instrumento de **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, como se nele estivesse transcrito.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A Administradora de Benefícios em Saúde credenciada deverá 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.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A Administradora de Benefícios interessada em firmar o Termo de Credenciamento com o IGESDF deverá 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 previsão do Elemento Técnico e da legislação vigente.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Os planos oferecidos aos empregados deverão ser privados, na modalidade coletivo empresarial, ficando a critério do funcionário a contratação com a Administradora de Benefícios credenciada que lhe oportunize a operadora de plano privado de assistência à saúde com cobertura mais adequada às suas necessidades, observada a Resolução Normativa da ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022, bem como suas alterações posteriores.

PARÁGRAFO QUARTO – Os Planos ofertados pela Operadora de Plano de Saúde aos empregados do Instituto deverá 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.

PARÁGRAFO QUINTO – 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.

3. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

CLÁUSULA TERCEIRA – O presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO** terá vigência 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 - 2024](#).

PARÁGRAFO ÚNICO – Após o transcurso de 12 (doze) meses de vigência do Termo de Credenciamento, a Administradora de Benefícios em Saúde deverá passar por nova habilitação para que, se habilitadas, formalizem termo aditivo com o IGESDF, para prorrogação de prazo de vigência.

4. DOS BENEFICIÁRIOS

CLÁUSULA QUARTA – Serão considerados como **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, sem limite de idade:

I - 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.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** do (a) titular:

I - Cônjuge ou companheiro (a) designado (a), que comprove união estável como entidade familiar com declaração cartorial, ou que tenha filhos (as) em comum;

II - Filhos (as) solteiros (as) até 21 anos, 11 meses e 29 dias de idade;

III - 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;

IV - Os filhos (as) com deficiência de qualquer idade, sem economia própria;

V - Os (as) enteados (as), nas mesmas condições impostas para filhos (as); e

VI - O menor tutelado (a) e/ou sob guarda judicial, mesmo que provisória, sem economia própria.

PARÁGRAFO SEGUNDO – 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.

5. DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CLÁUSULA QUINTA – Da inclusão e reinclusão de beneficiários nos planos de saúde:

I - A adesão dos empregados aos planos de saúde que serão ofertados pelas Administradoras de Benefícios é voluntária.

II - A inclusão far-se-á a pedido do Beneficiário, mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios e ao seu Núcleo de Pessoas do IGESDF correspondente.

III - 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.

IV - 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 do Elemento Técnico.

V - 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.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Da descrição dos serviços (acomodações e leitos):

I - As Operadoras apresentadas pelas Administradoras de Benefícios deverão assegurar assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, fonoaudióloga e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermaria 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.

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

III - 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:

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

b) 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;

c) 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;

d) 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;

e) 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;

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

g) Procedimentos considerados especiais, no mínimo os abaixo relacionados:

1. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
2. Quimioterapia ambulatorial;
3. Radioterapia ambulatorial;
4. Hemoterapia ambulatorial;
5. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
6. Procedimentos diagnósticos e terapêutica hemodinâmica; e
7. Procedimentos que exijam anestesia local, sedação ou bloqueio.

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

1. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
2. 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; e
3. 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.

IV - 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:

a) 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;

b) A assistência em fisioterapia cobrirá sessões necessárias ao tratamento fisioterápico, conforme solicitação do profissional assistente; e

c) 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.

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

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

b) Será facultada a opção pelo tipo de psicoterapia: individual, em grupo, familiar ou de casal; e

c) 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.

VI - 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:

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

b) 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.

VII - 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:

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

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

c) Diária de internação hospitalar;

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

e) 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;

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

g) 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;

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

1. Pré-parto;
2. Parto;
3. Pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente; e
4. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

i) 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;

j) Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;

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

l) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

m) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

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

1. 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;

2. 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);

3. 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

4. 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).

o) 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:

1. As despesas assistenciais com doadores vivos;
2. Os medicamentos utilizados durante a internação;
3. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, incluindo medicamentos de manutenção; e

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

PARÁGRAFO SEGUNDO – 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.

PARÁGRAFO TERCEIRO – 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.

PARÁGRAFO QUARTO – Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade da CREDENCIADA.

PARÁGRAFO QUINTO – Da modalidade dos serviços:

I - 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:

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

b) **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.

II - 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.

PARÁGRAFO SEXTO – Da exclusão do beneficiário do plano de saúde:

I - 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.

II - 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.

III - 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 (quincuagésimo) dia de inadimplência.

IV - 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.

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

VI - 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.

PARÁGRAFO SÉTIMO – Da urgência e emergência:

I - 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; e

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

II - 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; e

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.

III - 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).

IV - 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.

V - 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.

PARÁGRAFO OITAVO – Da coparticipação dos beneficiários no custeio dos serviços:

I - Os planos de saúde poderão ser oferecidos aos colaboradores do IGESDF nas modalidades com e/ou sem a coparticipação em eventos.

II - 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.

III - 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.

IV - 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.

PARÁGRAFO NONO – Da carência:

I - 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.

II - Não poderá ser exigida carência em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

III - 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.

IV - 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.

V - 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO – Da portabilidade:

I - 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).

II - 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO – Da rede credenciada:

I - 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.

II - 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.

III - 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO – Do reembolso:

I - 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.

II - 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.

III - 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.

IV - 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;
- 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO – Da remoção:

I - 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.

II - 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO QUARTO – Disposições gerais:

I - 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.

II - 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.

III - 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.

IV - 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.

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

VI - 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.

VII - 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.

VIII - 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.

IX - 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.

X - 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.

XI - 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.

XII - 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 continuação da assistência.

XIII - As Administradora de Benefícios e as Operadoras de Plano de Saúde deverá observar a necessária autorização prévia da ANS para os casos de alteração, exclusão, substituição e redimensionamento de redes assistenciais credenciadas.

XIV - 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.

XV - 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.

6. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

CLÁUSULA SEXTA – São obrigações das partes as expressamente previstas no presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, observando o disposto abaixo:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Das Obrigações da Administradora de Benefícios:

I - 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.

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

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

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

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

VI - 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.

VII - 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.

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

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

X - Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários.

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

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

XIII - Disponibilizar atendimento aos beneficiários sempre que solicitado.

XIV - 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.

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

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

XVII - 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):

a) Perfil Demográfico da Carteira;

b) Relatório de sinistralidade;

c) Indicadores sobre a Utilização:

1. Beneficiários; e

2. Prestadores.

d) Casos Crônicos e de Risco:

1. Identificação de casos Crônicos;

2. Descrição das Patologias; e

3. Parecer médico.

e) Monitoramento; e

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

XVIII - 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:

a) Negociação de reajuste;

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

c) Alteração de rede assistencial.

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

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

XXI - 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.

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

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

XXIV - 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.

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

XXVI - 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.

XXVII - 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.

XXVIII - 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.

XXIX - 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.

XXX - 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.

XXXI - 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).

PARÁGRAFO SEGUNDO – Das Obrigações da(s) Operadora(s) de planos de saúde:

I - 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).

PARÁGRAFO TERCEIRO – Das obrigações do IGESDF:

I - 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.

II - 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.

III - 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.

IV - 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.

7. DO PAGAMENTO

CLÁUSULA SÉTIMA – 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 de Benefícios.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – 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.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Deverá constar, ainda, na relação prevista no subitem 17.2 do Elemento Técnico, 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.

PARÁGRAFO TERCEIRO – 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.

PARÁGRAFO QUARTO – O pagamento das mensalidades do plano de saúde comercializado será de exclusiva responsabilidade do EMPREGADO do INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - IGESDF, sem qualquer responsabilidade do INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - IGESDF quanto ao adimplemento de tais parcelas.

8. DO REAJUSTE

CLÁUSULA OITAVA – 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.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – 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.

PARÁGRAFO SEGUNDO – 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

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

9. DA ALTERAÇÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

CLÁUSULA NONA – O presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO** poderá ser alterado, por meio de Termo Aditivo, nos casos previstos nos arts. 126 e seguintes do [Regulamento Próprio de Compras e Contratações - 2024](#), desde que haja interesse do **IGESDF**, com a apresentação das devidas justificativas, e não haja modificação de seu objeto, conforme legislação vigente.

10. DAS PENALIDADES

CLÁUSULA DÉCIMA – 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.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Credenciamento, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita 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; e

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.

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

PARÁGRAFO TERCEIRO – 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.

PARÁGRAFO QUARTO – Sem prejuízo das penalidades previstas no item 20.2 do Elemento Técnico, 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.

PARÁGRAFO QUINTO – Na aplicação das sanções, serão consideradas:

I - A razoabilidade e proporcionalidade entre a sanção, a gravidade do descumprimento das condições pactuadas e o vulto econômico da contratação;

II - Os danos resultantes do descumprimento das condições pactuadas;

III - A reincidência, assim entendida a repetição de descumprimento das condições pactuadas de igual natureza; e

IV - Outras circunstâncias gerais agravantes ou atenuantes em face do caso concreto.

PARÁGRAFO SEXTO – Os procedimentos para apuração e aplicação de penalidades estão regulamentadas na [DP.RDE.062/2024 - Resolução de Gestão, Fiscalização e Penalidades](#).

11. DA RESCISÃO

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – A inexecução total ou parcial do presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO** enseja a sua rescisão, observado o disposto no [Regulamento Próprio de Compras e](#)

[Contrações - 2024.](#)

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Os casos de rescisão, que gerará o descredenciamento da Administradora de Benefícios de Saúde, serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, nos termos do § 1º do art. 143 do [Regulamento Próprio de Compras e Contratações - 2024](#).

PARÁGRAFO SEGUNDO – A rescisão ocorrerá:

I - POR ATO UNILATERAL E ESCRITO, em caso de inadimplemento total ou parcial das obrigações assumidas no presente TERMO DE CREDENCIAMENTO, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Edital, neste Termo de Credenciamento e no Regulamento Próprio de Compras e Contratações do IGESDF.

II - AMIGAVELMENTE, por mútuo acordo entre as partes envolvidas.

12. DO CONTRATO DE GESTÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – A CREDENCIADA declara neste ato que tem ciência de que o IGESDF executa sua atividade mediante Contrato de Gestão firmado com ente público e que sua rescisão ou não renovação importará em rescisão automática do instrumento firmado para as contratações e aquisições, sem que caiba, a qualquer das partes, direito a multa, indenização, retenção, compensação, perdas e danos então decorrentes do mencionado encerramento contratual, sem qualquer ônus para as partes.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso seja de interesse do poder público, os Contratos vigentes no momento da rescisão ou não renovação do Contrato de gestão poderão ser sub-rogados em seu favor.

13. DA FISCALIZAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – O IGESDF, no âmbito da gestão e fiscalização deste instrumento, deverá obedecer aos preceitos da Resolução da Diretoria Executiva n.º 062/2024, [DP.RDE.062/2024 - Resolução de Gestão, Fiscalização e Penalidades](#).

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A fiscalização do Termo de Credenciamento consiste no acompanhamento e avaliação da execução do objeto nos moldes contratados, visando aferir qualidade, quantidade, tempo e modo de execução.

PARÁGRAFO SEGUNDO – 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.

PARÁGRAFO TERCEIRO – 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.

PARÁGRAFO QUARTO – 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.

14. DA PUBLICAÇÃO E DO REGISTRO

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – O IGESDF providenciará a publicação do extrato/resumo deste instrumento no sítio eletrônico do IGESDF na rede mundial de computadores, bem como no Diário Oficial do Distrito Federal, até o quinto dia útil do mês seguinte à assinatura, em observância aos arts. 2º e 102 do [Regulamento Próprio de Compras e Contratações - 2024](#).

15. DA FRAUDE E CORRUPÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Os **TERMO DE CREDENCIAMENTO** firmados com o IGESDF pautam-se pela ética e transparência, evitando-se condutas que possam suscitar conflitos de interesses.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O IGESDF exige que as **CREENCIADAS** observem o mais alto padrão de ética durante toda a execução dos instrumentos contratuais, nos termos da legislação vigente.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A **CREENCIADA** declara conhecer o inteiro teor da Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e do Decreto Distrital nº 37.296, de 29 de abril de 2016 que disciplina, no âmbito da Administração Pública do Distrito Federal, a aplicação da Lei nº 12.846/2013, e compromete-se a não praticar atos lesivos, assim como em face do IGESDF.

PARÁGRAFO TERCEIRO – 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.

PARÁGRAFO QUARTO – A **CREENCIADA** 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.

PARÁGRAFO QUINTO – A violação comprovada das obrigações previstas relacionadas à fraude e corrupção constitui causa para a rescisão unilateral deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, sem quaisquer ônus ou penalidade para a parte idônea, sem prejuízo da cobrança de perdas e danos a quem lhe der causa.

16. DA DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE E PRIVACIDADE

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – A **CRENCIADA** compromete-se neste ato a apresentar, em até 15 (quinze) dias úteis contados da assinatura do presente instrumento, o Formulário e Declaração de Integridade e Privacidade devidamente preenchido, em atendimento ao Código de Ética e Conduta do IGESDF e às boas práticas de combate à corrupção e governança em proteção de dados pessoais.

PARÁGRAFO ÚNICO – O preenchimento do Formulário e Declaração de Integridade e Privacidade é indispensável, sendo parte do presente instrumento contratual, independentemente de transcrição, e servirá exclusivamente para atendimento à Política de Integridade e Governança e à Política de Qualificação de Fornecedores do IGESDF.

17. DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – Deverão ser observadas as providências para a **proteção dos dados pessoais**:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A Administradora de Benefícios em Saúde credenciada se compromete 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.

PARÁGRAFO SEGUNDO – 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.

PARÁGRAFO TERCEIRO – 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.

PARÁGRAFO QUARTO – 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.

PARÁGRAFO QUINTO – 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.

PARÁGRAFO SEXTO – 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.

18. DO SIGILO E DA CONFIDENCIALIDADE

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – A **CRENCIADA** compromete-se a guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do presente **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, observando que os termos e condições contidos neste instrumento, o escopo de execução dos trabalhos e todos os documentos que o instruem, assim como aqueles que vierem a instruí-lo e que venham a ser trocados entre as Partes ou por elas produzidos na vigência deste **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, são de caráter estritamente confidencial e não poderão ser revelados, divulgados ou cedidos a terceiros, integral ou parcialmente.

19. DO APOSTILAMENTO

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – O **IGESDF** se reserva ao direito de proceder com apostilamento nos autos do processo do qual se verifica inserto este instrumento contratual, para fins de correção de erro material, equívocos e demais anotações pertinentes a boa execução e esclarecimentos do presente Termo de Credenciamento.

20. DA VINCULAÇÃO AO EDITAL E DOS CASOS OMISSOS

CLÁUSULA VIGÉSIMA – O presente credenciamento está vinculada ao Edital do processo de compras e/ou contratações correspondente, bem como ao termo que instruiu a contratação. Todas as disposições e condições estabelecidas no referido Edital e no Elemento Técnico são parte integrante deste Termo de Credenciamento, sendo que o não cumprimento de quaisquer obrigações ou exigências ali previstas poderá resultar nas penalidades e sanções aplicáveis, conforme disposto na legislação vigente e nas cláusulas deste instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Em caso de divergência entre disposições do Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as do Edital.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal, com prévia comunicação formal a **CRENCIADA**.

21. DOS FUNDAMENTOS

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – O presente Termo de Credenciamento fundamenta-se:

- Nos autos do processo SEI nº **04016-00001645/2025-16**, **Edital de Credenciamento n.º XXX/2025 (167372924)** e **Elemento Técnico n.º 7/2025 (167207016)**;
- Nas disposições do [Regulamento Próprio de Compras e Contratações, aprovado pela Resolução Nº 3, de 29 de Agosto de 2024](#); e
- Nos princípios do Direito Público e supletivamente, nos princípios da Teoria Geral dos Contratos e nas disposições do Direito Privado.

22. DO FORO

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – Fica eleito o foro da Circunscrição Especial Judiciária de Brasília/DF, para dirimir todas e quaisquer dúvidas oriundas da execução deste Instrumento, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E assim por estarem justas e acordadas sobre todas e cada uma das Cláusulas e condições aqui pactuadas, as partes assinam o presente instrumento.

IGESDF:

CLEBER MONTEIRO FERNANDES Diretor-Presidente
Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF 

RUBENS DE OLIVEIRA PIMENTEL JÚNIOR Diretor de Administração e Logística
Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF 

CRENCIADA:

--

XXXXXX

Representante Legal

XXXXXXXXXX



Documento assinado eletronicamente por **JOSILENE DE ALKIMIM LOPES - Matr.0001887-7, Analista II**, em 09/04/2025, às 12:09, 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=167954558)
verificador= **167954558** código CRC= **1C7D24F9**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
SMHS - Área Especial, Q. 101 - Bairro Asa Sul - CEP 70.335-900 -
Telefone(s):
Sítio - igesdf.org.br