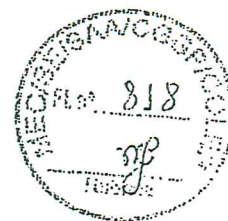




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



ACORDO DE PARCERIA Nº. 01/2010. QUE ENTRE SI CELEBRAM, O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E A ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE LTDA, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR AOS SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS E SEUS DEPENDENTES E AOS PENSIONISTAS DO MEC.

Processo nº 23000.000811/2010-96

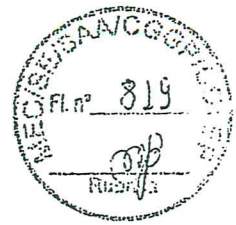
A **UNIÃO** por intermédio do **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco "L", CEP 70047-900, Brasília/ DF, inscrito no CNPJ sob o nº 00.394.445/0188-17, neste ato representado pelo Secretário Executivo, Senhor **JOSE HENRIQUE PAIM FERNANDES**, consoante artigo 4º, I, do Anexo I do Decreto nº 6.320, de 20 de dezembro de 2007, qualificação: brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade nº [REDAZIDO] SSP-RS e CPF nº [REDAZIDO], doravante designado **MINISTÉRIO** e a **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE LTDA**, empresa inscrita no CNPJ nº 08.407.581/0001-92 e com registro nº 41677-1 na Agência Nacional de Saúde Suplementar, na modalidade de administradora, na condição de estipulante, com sede em Luziânia, Estado de Goiás, na Rua Dr. João Teixeira, 522, sala 4, 1º andar, Centro, CEP 72800-440 e filial em Brasília, Distrito Federal, localizada no SCN Quadra 5, Lote A, sala 418 – parte C, Torre Norte, Ed. Centro Empresarial Brasília Shopping, CEP 70.715-900, neste ato representada pelo Senhor **ELON GOMES DE ALMEIDA**, brasileiro, casado, empresário, residente e domiciliado em Brasília, Distrito Federal, na SQSW Quadra 300, Bloco J, Ed. Palazzo D'Alberi, ap. 606, Sudoeste, CEP 70673-040, inscrito no CPF nº [REDAZIDO], RG [REDAZIDO]-SSP/DF, doravante designada simplesmente **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, celebram o presente **ACORDO DE PARCERIA** com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666/93, e com observância do disposto na Lei nº 9.656/98 e nas Resoluções Normativas nº 195 e 196, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e Portaria Normativa nº 3, de 30/07/09, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CONSIDERANDO o interesse do **MINISTÉRIO** em efetivar parcerias necessárias para a implementação das políticas de atenção à saúde dos servidores e de seus dependentes;

CONSIDERANDO que o serviço de saúde suplementar para os servidores ativos, inativos e pensionistas pode ser prestado mediante auxílio de caráter indenizatório, ainda que este órgão mantenha convênio de autogestão;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



CONSIDERANDO, que a **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE LTDA** está registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, como Administradora de Benefícios e que está autorizada, nos termos da Resolução Normativa nº 196/2009 – ANS, a estipular planos privados coletivos assumindo o risco financeiro da operação; e

CONSIDERANDO, ainda, que a celebração de termos de acordos gratuitos encontra fundamento no art. 116, da Lei nº 8.666/93,

Resolvem assinar o presente Acordo de Parceria com as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Acordo de Parceria tem por objeto o credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios visando a disponibilização de planos de saúde aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, conforme especificações técnicas constantes do Anexo deste Acordo.

Subcláusula primeira - Este instrumento de Acordo e seu Anexo guardam inteira conformidade com os termos do Edital de Credenciamento nº 01/2010, do qual são parte, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

Subcláusula segunda - O presente Acordo de Parceria tem objetivo de formular, executar e avaliar ações sem ônus financeiros para o Ministério, de interesse da área de gestão de pessoas, voltadas para prevenção da saúde, bem como a promoção dos serviços de saúde suplementar, e, de qualidade de vida dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e ENTIDADES VINCULADAS**, por intermédio da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** que, na condição de **PARTÍCIPE**, disponibilize, ofereça e faça a gestão de planos que contemplem a assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com atendimento por rede credenciada em nível regional, e, nos casos de urgência e emergência, em todo o Território Nacional.

Subcláusula terceira - Os serviços descritos no item 1.3 deverão observar o disposto no art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990, na Lei 9.656/98, na Portaria Normativa nº 03, de 30 de julho de 2009, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mediante redes credenciadas diferenciadas, observadas as coberturas e regulações estabelecidas nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, especialmente as Resoluções Normativas nºs 167, de 09 de janeiro de 2008, 195 e 196 de 14 de julho de 2009.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



Subcláusula quarta - Também é parte integrante deste Acordo de Parceria a Proposta Comercial apresentada pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** ao **MINISTÉRIO** na qual estão especificadas as operadoras, os serviços, os planos a serem ofertados, os preços, as carências e outras informações relativas aos benefícios estipulados pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, a qual observou o do **MINISTÉRIO** e as disposições contidas na Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, na Lei 9.656/98, nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, especialmente as de nºs 167/2007, 195/2009 e 196/2009.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS PARTÍCIPES

Para a consecução do objeto descrito na Cláusula Primeira, os partícipes se propõem a:

I. Por parte do **MINISTÉRIO**:

- a) Colocar à disposição da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** informações e dados cadastrais dos Beneficiários qualificados no objeto do presente **ACORDO DE PARCERIA** que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) Permitir à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** a divulgação de sua carteira de benefícios junto aos Beneficiários de que trata o objeto do presente **ACORDO DE PARCERIA**, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, Internet e outros meios de divulgação;
- c) Permitir aos profissionais da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** o acesso às dependências do **MINISTÉRIO**, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do presente **ACORDO DE PARCERIA**;
- d) Creditar o valor referente ao auxílio de caráter indenizatório no contracheque do servidor como rendimento isento e não tributável para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme art. 39, inciso XLV, do Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999, no valor per capita mensal estabelecido pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- e) Acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordo, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, atribuições que deverão ser exercidas por um representante do MEC, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior;



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA**



II. Por parte da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

- a) Implementar a Proposta Comercial para os Beneficiários do **MINISTÉRIO e ENTIDADES VINCULADAS**, com rede de atendimento para a prestação dos serviços de assistência à saúde que deverá ser oferecida com no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS, na forma do anexo à Portaria Normativa nº 03, de 30 de Julho de 2009 e deverá também contemplar, no mínimo, os seguintes requisitos:
- a.1) Atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Norte com mais de 70.000 habitantes conforme apuração do IBGE.
 - a.2) Atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Nordeste com mais de 100.000 habitantes conforme apuração do IBGE.
 - a.3) Atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com mais de 50.000 habitantes conforme apuração do IBGE.
- b) Negociar, defendendo os interesses dos Beneficiários, junto às operadoras contratadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à:
- b.1) Negociação de reajuste;
 - b.2) Aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados de assistência à saúde; e
 - b.3) Alteração de rede assistencial.
- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial e odontológicos, junto aos beneficiários;
- d) Orientar os Beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas neste Acordo de Parceria, no seu Anexo e na Proposta de Adesão;
- e) Exigir dos Beneficiários Titulares documento que comprove seu vínculo junto ao **Ministério e Entidades Vinculadas**, e, dos Beneficiários Dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de Beneficiários;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- g) Assegurar aos Beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, de forma a evitar a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como, indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial por conta e ordem dos Beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e, responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras constantes da Proposta Comercial;
- j) Visando a prestação de contas da alínea “i”, as Administradoras de benefícios deverão apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde;
- k) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora;
- l) Disponibilizar serviços de atendimento ao usuário da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, sem prejuízo da central de atendimento das operadoras contratadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;
- m) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos Beneficiários;
- n) Efetivar, quando solicitado, o aproveitamento de carências, no aniversário do contrato, nas seguintes condições:
- n.1) Não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) nos últimos 12 (doze) meses;
 - n.2) A opção seja para plano equivalente na operadora escolhida, entre as operadoras apresentadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;
 - n.3) Inexistir situação de gravidez e/ou doença preexistente.
- o) Efetivar a troca de operadora, dentre as apresentadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** em sua proposta, a qualquer tempo, em caso de mudança do local de residência do Beneficiário Titular, para outra



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



localidade em que o plano por ele escolhido não ofereça prestação de serviços equivalentes ao local da residência anterior.

- p) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com o Ministério da Educação;
- q) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- r) comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- s) as administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RDC ANS nº 64/2001;
- t) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- u) manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;
- v) comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.
- x) é vedado à Administradora de Benefícios subcontratar total ou parcialmente o objeto deste Acordo de Parceria.
- y) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.
- z) fornecer, gratuitamente, em conjunto com a Operadora, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



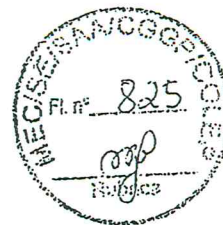
III. Por parte da OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE

Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Acordo de Parceria, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução 10/98 de 3/11/1998, alteradas pelas Resoluções 67/2001, 81/2001 e 167/2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- c) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;
- d) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência;
- e) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- f) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- g) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênicas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- h) oferecer os serviços de “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



CLÁUSULA TERCEIRA - DOS BENEFICIÁRIOS

Os partícipes concordam que, a adesão dos Beneficiários aos planos estipulados pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** é voluntária e facultativa, sendo de responsabilidade exclusiva dos servidores os compromissos assumidos em decorrência da formalização de sua adesão e de seus dependentes ao plano de saúde escolhido.

Subcláusula primeira - São considerados beneficiários os descritos a seguir:

I. Na qualidade de servidor: os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público do **MINISTÉRIO e Entidades Vinculadas**.

II. Na qualidade de dependente do servidor:

- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) o companheiro ou companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

III. Os pensionistas.

Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, de que trata este Acordo de Parceria, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano junto à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do **MINISTÉRIO e Entidades Vinculadas**.

- a) A existência do dependente constante nas alíneas "a" e "b" do item II da subcláusula primeira, desobriga a assistência à saúde do dependente constante na alínea "c" do referido subitem.
- b) O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor ativo e inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



de saúde contratado, desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele contratados.

- c) A comprovação de dependência econômica far-se-á, para qualquer dos beneficiários para o qual é exigido este requisito, por meio da apresentação da última Declaração Anual de Imposto de Renda do servidor, onde conste, nominalmente, o interessado como seu dependente econômico, acompanhada do respectivo recibo de entrega junto ao órgão oficial recebedor.
- d) Nos casos de Declaração Anual de Imposto de Renda simplificada ou de isenção, a comprovação de dependência econômica far-se-á por meio de declaração/comprovante emitido pelo INSS onde conste que o dependente não possua rendimento superior a um salário mínimo.
- e) Caso algum dependente não conste no assentamento funcional do servidor, este deverá regularizar a situação junto à Coordenação-Geral de Recursos Humanos do **MINISTÉRIO e Entidades Vinculadas**.

Subcláusula segunda - A relação jurídica da contratação dos planos e os direitos e obrigações disso decorrentes, inclusive financeiros, serão restritos à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** e aos beneficiários que vierem a aderir aos planos estipulados junto às operadoras contratadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** e ofertadas na Proposta Comercial, parte integrante deste documento.

CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA

Este **ACORDO DE PARCERIA** tem prazo de vigência de 12 (doze) meses, contado a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por períodos subsequentes de 12 (doze) meses, limitada a 60 (sessenta) meses, mediante Termos Aditivos, salvo se qualquer das partes notificar a outra de sua intenção em não prorrogá-lo, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de seu vencimento ordinário ou do Acordo de cada prorrogação.

CLÁUSULA QUINTA – RESCISÃO

Este Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



Subcláusula única - Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

CLAÚSULA SEXTA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DESCRENCIAMENTO

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

- a) advertência por escrito;
- b) Suspensão temporária do credenciamento, por prazo não superior de 03 (três) meses, justificada pela Coordenação de Assistência Médica e Social da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas/CGGP e pela fiscalização;
- c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade.
- d) As sanções previstas no subitem anterior serão precedidas de procedimento em que será facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

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

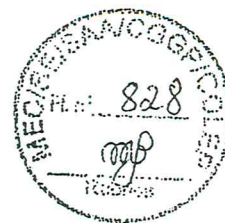
Subcláusula primeira - O pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor junto à Administradora, sendo realizado mediante boleto bancário ou débito em conta corrente indicada na Proposta de Adesão pelo beneficiário titular.

Subcláusula segunda - A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, na qualidade de Estipulante dos Planos, será responsável pela cobrança aos Beneficiários, bem como pelo pagamento da prestação dos serviços às operadoras contratadas, não havendo, portanto, nenhum desembolso de recursos financeiros pelo MINISTÉRIO para a execução deste Acordo de Parceria.

Subcláusula terceira - Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, poderão requerer o auxílio de caráter



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA**



indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, desde que tenham, comprovadamente, contratado plano de saúde particular que atenda às coberturas mínimas exigidas no **Anexo, da Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009**, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, devendo apresentar declaração da operadora.

Subcláusula quarta - O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício que será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, do comprovante do pagamento do Plano de Saúde, o qual deverá ser obrigatoriamente apresentado à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Subcláusula quinta - Os recursos para o custeio do auxílio de caráter indenizatório previsto na Portaria Normativa SRH/MPOG nº 03 estão previstos no Programa de Trabalho/PTRES 024586, elemento de despesa 30.90.39, que consta na Lei Orçamentária Anual – LOA.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

Este Acordo de Parceria será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, a expensas do **MINISTÉRIO** até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA NONA – DA ADESÃO

O presente Acordo de Parceria poderá receber adesões das **Autarquias, Fundações Públicas e Empresas Públicas** vinculadas ao Ministério da Educação.

Subcláusula única – As adesões referidas no caput deverão ser objeto de aprovação de ambos os partícipes.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA DISPOSIÇÃO FINAL

Subcláusula primeira - O presente Acordo de Parceria é aceito pelo MEC em caráter de não exclusividade sendo dispensado o procedimento licitatório haja vista não existir desembolso de recursos públicos, assegurada a participação de quaisquer outras empresas do ramo, desde que devidamente habilitadas junto à Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS, e estabelecido um novo Acordo de Parceria.

Subcláusula segunda - A **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** poderá substituir qualquer uma das operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, por outras



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



atuantes no mercado, por motivo de inexecução contratual referente a não prestação dos serviços contratados dentro dos padrões e requisitos firmados neste **ACORDO DE PARCERIA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

O foro é o da Seção Judiciária do Distrito Federal para dirimir as questões e dúvidas porventura oriundas do presente **ACORDO DE PARCERIA**, que não podem ser dirimidas administrativamente.

E por estarem justos e acordados, firmam os partícipes em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas.


Brasília, 4 de junho de 2010.


JOSE HENRIQUE PAIM FERNANDES
Secretário Executivo



ELON GOMES DE ALMEIDA
Aliança Administradora de Benefícios de Saúde LTDA.
CPF nº 455.245.306-82

TESTEMUNHAS:

1.

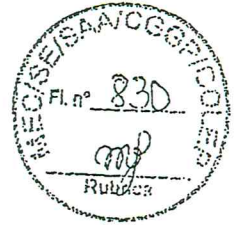

Nome: Antonio Leonil S. Cunha
RG nº: [REDACTED]

2.


Nome: DANARIS ORRÓ DE A. AGUIAR
RG nº: [REDACTED]



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



ANEXO AO ACORDO DE PARCERIA

I - DO OBJETO

Prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, com cobertura em âmbito nacional, contemplando atendimentos disciplinados pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, pela Resolução nº 10, de 3 de novembro de 1998 (alterada em 2001 pelas Resoluções nºs 67 e 81), pela Resolução nº 167, de 9 de janeiro de 2008, pelas Resoluções nºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998, pela Resolução nº 186, de 14/01/2009, pela Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa nº 3, de 30/07/09, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e orientações e especificações técnicas constantes neste anexo.

II - DA CONCEITUAÇÃO

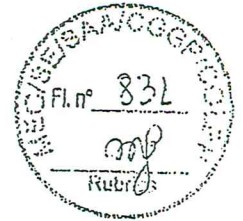
Para fins deste documento, considera-se:

- 2.1. USUÁRIOS - Os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares, dependentes, pensionistas ou agregados.
- 2.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas.
- 2.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste .
- 2.4. PENSIONISTA – Beneficiário de pensão de Instituidores de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste .
- 2.5. AGREGADO – Aquele vinculado ao titular, na qualidade de parente, que não atende a condição de dependente, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, observado o item 3.4 deste .

4
/



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 2.6. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - Valor a ser estabelecido para pagamento via boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente, indicada no ato da adesão do beneficiário, referente à participação de todos os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas.
- 2.7. AUXÍLIO INDENIZATÓRIO – É o valor que será consignado no contracheque do titular do benefício (Auxílio) e será pago sempre no mês subsequente à apresentação pelo servidor, de comprovante de pagamento do Plano de Saúde.
- 2.8. REDE CREDENCIADA - Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
- 2.9. ABRANGÊNCIA DA REDE – Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pelo Ministério da Educação, na forma disciplinada neste .
- 2.10. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual o Ministério da Educação celebrará Acordo de Parceria, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar de, no mínimo, 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde.
- 2.11. TIPOS DE PLANOS – Com e sem co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.
- 2.12. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermarias.
- 2.13. PLANO ESPECIAL – Plano que inclui, além dos itens do plano básico, acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho.
- 2.14. REMOÇÃO - Deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste .
- 2.15. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura, em todo território nacional, e atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e Resolução 10 de 1998 de 3 de novembro de 1998, alterada pelas Resoluções 67 e 81 de 2001 e Resolução 167 de 9 de janeiro de 2008 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros

[Assinatura manuscrita]



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA**



Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

2.16. CO-PARTICIPAÇÃO – É o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

III - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares:

3.1.1. Os servidores ativos e inativos do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas.

3.2. São considerados beneficiários dependentes:

3.2.1.o cônjuge ou companheiro(a) de união estável;

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

3.2.3.a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

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

3.2.5.os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

3.2.6.o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 3.2.4. e 3.2.5;

3.2.7.a existência do dependente constante dos itens 3.2.1. e 3.2.2. inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 3.2.3.;

3.2.8.o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos servidores ativos e inativos do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados.

3.3. A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



a. Somente servidor ativo e inativo do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

IV - DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO

- 4.1. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, desde que tenham, comprovadamente, contratado plano de saúde particular que atenda às coberturas mínimas exigidas no Projeto Básico – **Anexo, da Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009**, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, devendo apresentar declaração da operadora.
- 4.2. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício que será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, do comprovante do pagamento do Plano de Saúde, o qual deverá ser obrigatoriamente apresentado à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.
- 4.3. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou de participação.

V - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- 5.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios credenciadas pelo Ministério da Educação, os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, mediante manifestação expressa junto à Administradora de benefícios.
- 5.2. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este .
- 5.3. Os servidores ativos e inativos e seus dependentes do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas disporão do **prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.**
- 5.4. Os Pensionistas disporão do **prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA

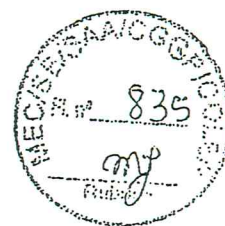


contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

- 5.5. Os **Pensionistas poderão permanecer** no Plano de Assistência à Saúde, de que trata este Projeto Básico, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano junto a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato de concessão da pensão.** Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.
- 5.6. Os servidores ativos do Ministério da Educação, incluídos no Plano de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente sua exclusão, o que implicará na exclusão também de seus dependentes e agregados.
- 5.7. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas no Plano de Assistência à Saúde (por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade) **terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado Plano, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 7.1.5.**
- 5.8. Fica sujeita à carência prevista no subitem 7.1.5 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas.
- 5.9. Em nenhuma hipótese poderá o beneficiário usufruir mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.
- 5.10. É garantida aos servidores exonerados de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Ministério da Educação, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.
- 5.11. Poderá a Administradora de Benefícios manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com o Ministério da Educação, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.
- 5.12. A solicitação de inscrição de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde poderá ser efetuada a qualquer dia do mês, observados os prazos dos itens 5.3, 5.4 e 5.5, sendo que o início da **cobertura** assistencial e da contagem dos períodos de carência será o 1º (primeiro) dia do mês subsequente à inscrição.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



5.13. A solicitação de **exclusão** de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde poderá ser efetuada a qualquer dia do mês sendo que a **suspensão** da cobertura assistencial ocorrerá a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente.

5.14. Caberá ao Ministério da Educação a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas, indicando a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os servidores, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

VI - DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- 6.1. A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.
- 6.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.
- 6.3. Ressalvadas as situações previstas no item 6.1. a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo (50º) dia de inadimplência.
- 6.4. É de responsabilidade dos servidores ativos e inativos do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas solicitar, formalmente, à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas e à Administradora de Benefícios, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.
- 6.5. Os servidores ativos e inativos do Ministério da Educação e Entidades Vinculadas excluídos do Plano de Assistência à Saúde serão responsáveis pela devolução imediata à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, a de seus dependentes e dos demais vinculados, se houver.
- 6.6. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



VII - DA CARÊNCIA

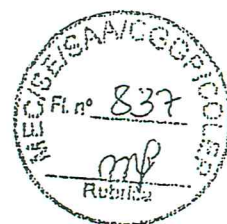
- 7.1. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Plano de Assistência à Saúde:
- 7.1.1. dos usuários inscritos na forma regulamentada no item V;
 - 7.1.2. em situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do usuário aos planos ofertados à Administradora de Benefícios;
 - 7.1.3. em consultas médicas;
 - 7.1.4. considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
 - 7.1.5. para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no item V, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:
 - a) exames clínicos e patológicos – 15 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
 - b) demais exames e tratamentos - 180 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
 - c) internações hospitalares - 180 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
 - d) partos - 300 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde.

VIII - DA PORTABILIDADE

- 8.1. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão declarar anualmente, no aniversário do Acordo de Parceria, que os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou pela troca de planos, dentre aquelas vinculadas à Administradora que firmar o Acordo de Parceria com o Ministério da Educação, desde que atendam aos seguintes requisitos:
- a) não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00;
 - b) que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida;
 - c) que inexista situação de gravidez.
- 8.2. Os servidores do Ministério da Educação que tiverem de optar por outro plano, por motivo de Remoção ou Alteração de Exercício, disporão do prazo de 30 (trinta) dias



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para optar pela troca de operadora, dentre aquelas vinculadas à Administradora, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

IX - DOS BENEFÍCIOS

- 9.1. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefício cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 10, 11 e 12 de 1998 e demais normas vigentes.
- 9.2. A cobertura ambulatorial compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme abaixo listados:
 - 9.2.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - 9.2.2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
 - 9.2.3. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar;
 - 9.2.4. Remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação
- 9.3. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - Quimioterapia ambulatorial;
 - Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
 - Tratamento fisioterápico;
 - Tratamento fonoaudiológico;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 9.4. O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11 de 1998 e normas complementares, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:
- 9.4.1. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
 - 9.4.2. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) sessões, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato/convênio, não cumulativas;
 - 9.4.3. Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
- 9.5. Os Serviços Hospitalares compreende a cobertura dos atendimentos feitos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, na forma abaixo especificada:
- 9.5.1. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - 9.5.2. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
 - 9.5.3. Diária de internação hospitalar;
 - 9.5.4. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
 - 9.5.5. Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - 9.5.6. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 9.5.7. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- 9.5.8. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- 9.5.9. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 9.5.10. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 9.5.11. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- 9.5.12. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- 9.5.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 9.5.14. Transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) Medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- 9.5.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.
- 9.5.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.
- 9.5.17. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.



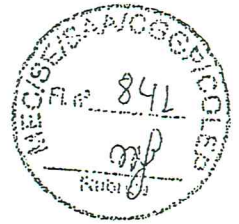
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 9.5.18. Cirurgias plásticas reparadoras, quando necessárias à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico.
- 9.5.19. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessários, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território nacional, utilizando-se dos meios de controle de transporte mais convenientes;
- 9.5.20. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:
- Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - Quimioterapia;
 - Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição parenteral ou enteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Fisioterapia;
 - Próteses intra-operatórias;
 - Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
 - Transplantes de rins e córneas serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
 - Procedimentos obstétricos;
 - Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim exceto medicação de manutenção.
- 9.5.21. Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do benefício, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 9.6. Atendimentos psiquiátricos ou tratamentos dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11, de 1998 e normas complementares, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendem:
- a) o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/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 integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato/convênio não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
 - c) os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;
 - d) e todos os demais casos previstos na Resolução CONSU nº 11, de novembro de 1998;
 - e) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/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;
 - f) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
 - g) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

X - DAS EXCLUSÕES

- 10.1 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, nas Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada lei.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 10.2. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:
- 10.2.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - 10.2.2. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
 - 10.2.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
 - 10.2.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
 - 10.2.5. Inseminação artificial;
 - 10.2.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - 10.2.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
 - 10.2.8. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
 - 10.2.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
 - 10.2.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
 - 10.2.11. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - 10.2.12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - 10.2.13. Aplicação de vacinas preventivas;
 - 10.2.14. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - 10.2.15. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
 - 10.2.16. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - 10.2.17. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
 - 10.2.18. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
 - 10.2.19. Cobertura não prevista no caso da UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

XI - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- 11.1 Atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



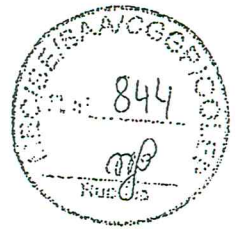
- 11.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- 11.1.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 11.1.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando se o seguinte:
- 11.1.4. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;
- 11.1.5. Caberão as operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

XII – DO REEMBOLSO

- 12.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:
 - 12.1.1. O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
 - 12.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
 - 12.1.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 12.1.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- 12.1.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:
- 12.1.6. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- 12.1.7. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
- 12.1.8. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- 12.1.9. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 12.1.10. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

XIII – DA REMOÇÃO

- 13.1. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), desde que comprovadamente necessária e dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.
- 13.2. 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:
 - 13.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 13.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;
- 13.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 11.1.5., a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

XIV – DAS ACOMODAÇÕES

- 14.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:
- 14.1.1. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermaria, com no máximo 3 (três) leitos.
- 14.1.2. PLANO ESPECIAL – compreende o Plano Básico, mas com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante.
- 14.2. 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.
- 14.3. Os planos deverão ser oferecidos nas modalidades com e sem a co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.
- 14.4. A Administradora de benefícios poderá ofertar planos superiores ao previsto no subitem 14.1 deste .

XV – REDE CREDENCIADA

- 15.1 A rede de atendimento disponibilizada pela administradora de benefícios aos beneficiários para a prestação dos serviços de assistência à saúde deverá ser oferecida por no mínimo 3 (três) operadoras contratadas pela administradora de benefícios e deverá contemplar, no mínimo, os seguintes requisitos:
- a) atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Norte com mais de 70.000 habitantes conforme apuração do IBGE.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA

- b) atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Nordeste com mais de 100.000 habitantes conforme apuração do IBGE.
- c) atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com mais de 50.000 habitantes conforme apuração do IBGE.
- 15.2. A Administradora deverá estabelecer, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Acordo de Parceria, um canal de comunicação direto para contato dos servidores deste Ministério (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.
- 15.3. As operadoras de Plano de Saúde conveniadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer, em âmbito regional, e, nos casos de urgência e emergência, em todo o Território Nacional, a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
- 15.3.1. Além do disposto no item anterior, é facultado às Administradoras de Benefícios apresentar propostas de planos com cobertura nacional oferecidos por operadoras conveniadas com rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
- 15.4. Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, sendo facultado às Administradoras de Benefícios em momento posterior à assinatura do Acordo disponibilizar operadoras e/ou produtos com a finalidade de ampliar o atendimento oferecido.

XVI – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

16.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) Implementar a Proposta Comercial para os Beneficiários do **MINISTÉRIO** e **ENTIDADES VINCULADAS**, no mínimo, com 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS, na forma do anexo à Portaria Normativa nº 03, de 30 de Julho de 2009;
- b) Negociar, defendendo os interesses dos Beneficiários, junto às operadoras contratadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à:
- b.1) Negociação de reajuste;



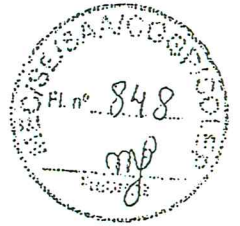
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- b.2) Aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados de assistência à saúde; e
- b.3) Alteração de rede assistencial.
- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial e odontológicos, junto aos beneficiários;
- d) Orientar os Beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas neste Acordo de Parceria, no e na Proposta de Adesão;
- e) Exigir dos Beneficiários Titulares documento que comprove seu vínculo junto ao **Ministério e Entidades Vinculadas**, e, dos Beneficiários Dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de Beneficiários;
- g) Assegurar aos Beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, de forma a evitar a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como, indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial por conta e ordem dos Beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e, responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras constantes da Proposta Comercial;
- j) Visando a prestação de contas da alínea "i", as Administradoras de benefícios deverão apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde;
- k) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora;
- l) Disponibilizar serviços de atendimento ao usuário da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, sem prejuízo da central de atendimento das operadoras contratadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;
- m) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos Beneficiários;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- n) Efetivar, quando solicitado, o aproveitamento de carências, no aniversário do contrato, nas seguintes condições:
- n.1) Não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) nos últimos 12 (doze) meses;
 - 1.n.2) A opção seja para plano equivalente na operadora escolhida, entre as operadoras apresentadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;
 - 2.n.3) Inexista situação de gravidez e/ou doença preexistente.
- o) Efetivar a troca de operadora, dentre as apresentadas pela **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** em sua proposta, a qualquer tempo, em caso de mudança do local de residência do Beneficiário Titular, para outra localidade em que o plano por ele escolhido não ofereça prestação de serviços equivalentes ao local da residência anterior.
- p) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com o Ministério da Educação;
- q) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- r) comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- s) as administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RDC ANS nº 64/2001;
- t) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- u) manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;
- v) comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.
- x) é vedado a Administradora de Benefícios subcontratar total ou parcial o objeto deste Acordo de Parceria.
- y) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- z) fornecer, gratuitamente, em conjunto com a Operadora, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);

XVII – OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

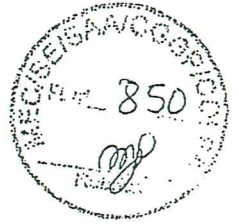
17.1. São obrigações das Operadoras:

17.1 Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Acordo de Parceria, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução 10/98 de 3/11/1998, alteradas pelas Resoluções 67/2001, 81/2001 e 167/2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- c) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;
- d) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência;
- e) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- f) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- g) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
h) oferecer os serviços de “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

XVIII – OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

18.1. São obrigações do Ministério da Educação:

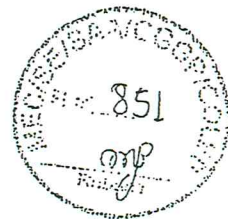
- a) Colocar à disposição da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** informações e dados cadastrais dos Beneficiários qualificados no objeto do presente **ACORDO DE PARCERIA** que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) Permitir à **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** a divulgação de sua carteira de benefícios junto aos Beneficiários de que trata o objeto do presente **ACORDO DE PARCERIA**, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, Internet e outros meios de divulgação;
- a) Permitir aos profissionais da **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** o acesso às dependências do **MINISTÉRIO**, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do presente **ACORDO DE PARCERIA**;
- d) Creditar o valor referente ao auxílio de caráter indenizatório no contracheque do servidor como rendimento isento e não tributável para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme art. 39, inciso XLV, do Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999, no valor per capita mensal estabelecido pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- e) acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordos, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, atribuições que deverão ser exercidas por um representante do MEC, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata, comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior;

XIX – DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de



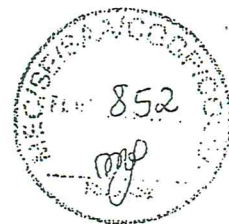
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações.
- 19.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.
 - 19.3. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Acordo de Parceria, **disque 24 Horas**, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
 - 19.4. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.
 - 19.5. Não caberá às operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.
 - 19.6. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.
 - 19.7. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Plano de Assistência à Saúde.
 - 19.8. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.
 - 19.9. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA EXECUTIVA



- 19.10. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.
- 19.11. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.
- 19.12. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.
- 19.13. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.
- 19.14. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.
- 19.15. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.
- 19.16. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.
- 19.17 Os casos omissos serão dirimidos pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos, em conjunto com a Administradora de Benefícios.