

TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM A UNIÃO, POR  
INTERMÉDIO DA AGÊNCIA NACIONAL  
DE TRANSPORTES TERRESTRES, E A  
PAR SAÚDE ADMINISTRADORA  
BENEFÍCIOS PARA PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
AOS SERVIDORES, DEPENDENTES E  
PENSIONISTAS, NA FORMA ABAIXO:

A AGÊNCIA NACIONAL DE TRANSPORTES TERRESTRES – ANTT, entidade integrante da Administração Federal indireta, constituída nos termos da Lei nº. 10.233, de 05 de junho de 2001, situada SCE/SUL Lote 10 – Trecho 03 – Projeto Orla – Pólo 08 – Brasília/DF, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 04.898.488/0001-77, doravante denominada ANTT, neste ato representada pelo seu Diretor-Geral em exercício, senhor IVO BORGES DE LIMA, [REDACTED] RG nº [REDACTED], expedida pela [REDACTED] e CPF nº 019.188.001-97, nomeado pelo Decreto de 20 de maio de 2009, publicado no D.O.U. de 21 de maio de 2009 e, de outro lado, a empresa PAR SAÚDE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, com sede no Setor Comercial Norte, Quadra 1, Bloco E nº 50, sala 1701 -17º andar, Edifício Central Park, CEP 70.711-903, em Brasília/DF, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.706.827/0001-02, representada neste ato pelo senhor IVAN CARLOS MACHADO DE ARAGÃO, [REDACTED] portador da CI nº. [REDACTED] expedida pela [REDACTED] e CPF nº. 244.491.211-04, e pelo senhor ALEXANDRE SIQUEIRA MONTEIRO, [REDACTED] portador da CI nº. [REDACTED] expedida pela [REDACTED] e CPF nº. 886.019.867-49, doravante denominada ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, tendo em vista o que consta no Processo nº 50500.041759/2011-41, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, na forma e condições a seguir:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente Termo de Acordo tem por objeto a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, de acordo com os planos descritos neste Termo de Acordo e anexos, 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, a ser prestada aos servidores ativos e inativos do



ADMINISTRADORA-GERAL  
ANTT

Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, requisitados de outros Órgãos Públicos, respectivos dependentes, e os pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010, alterada pela Resolução Normativa nº 262, de 01 de agosto de 2011, e Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, bem assim as demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por intermédio de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições, conforme especificações técnicas constantes do Anexo deste Termo.

**Subcláusula única** – Este instrumento de Acordo e seu Anexo guardam inteira conformidade com os termos do Edital de Credenciamento nº 01/2011, Processo nº 50500.041759/2011-41, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA ANTT**

2.1 Colocar à disposição da Administradora de Benefícios 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.

2.2 Permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos Beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação.

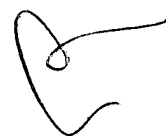
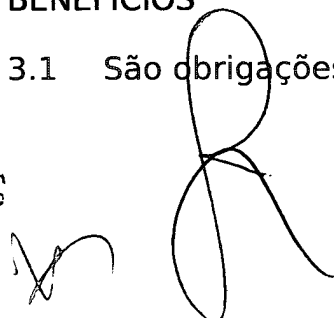
2.3 Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do edifício sede da ANTT em Brasília e nas Unidades Regionais – UR's, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo.

2.4 Acompanhar e fiscalizar a execução deste Termo de Acordo, de forma a assegurar o cumprimento das normas pertinentes na forma do art. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993 e legislação correlata.

## **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**

3.1 São obrigações da Administradora de Benefícios:

COPIA  
SECRETARIA GERAL  
ANTT



3.1.1 Apresentar aos **Beneficiários** da ANTT prestadora(s) dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registrada(s) na ANS.

3.1.2 Negociar, defendendo os interesses dos **Beneficiários**, junto à(s) operadora(s) contratada(s), os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada.

3.1.3 Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos **Beneficiários** da ANTT.

3.1.4 Orientar os **Beneficiários** a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo.

3.1.5 Exigir documentos dos **Beneficiários** que comprovem seu vínculo junto à ANTT, e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência.

3.1.6 Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de **Beneficiários**, bem assim efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Acordo.

3.1.7 Exigir da Operadora de Planos de Saúde a prestação dos serviços aos **Beneficiários**, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos **Beneficiários** de plano privado de assistência à saúde.

3.1.8 Assegurar aos **Beneficiários**, na superveniência de fatos imprevisíveis, a substituição da(s) Operadora(s) de Planos de Saúde contratada(s), evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários.

3.1.9 Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem assim indicar ao **Beneficiário** os programas de medicina preventiva, disponibilizados pela Operadora(s) de Planos de Saúde conveniada(s) para a prestação dos serviços de assistência à saúde.

3.1.10 Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos **Beneficiários**, na forma especificada na respectiva Proposta de Adesão, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços à(s) Operadora(s) de Planos de Saúde.

3.1.11 Apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante à(s) Operadora(s) de Planos de Saúde.

3.1.12 Informar aos **Beneficiários** sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pela(s) Operadora(s) de Planos de Saúde contratada(s).

3.1.13 Elaborar pesquisas de satisfação junto aos **Beneficiários**.

3.1.14 Executar, quando solicitado pela ANTT, ações de saúde preventiva, bem assim de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a ANTT.

3.1.15 Intervir, auxiliar e negociar junto à(s) Operadora(s) de Planos de Saúde prestadora dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com a ANTT.

3.1.16 Disponibilizar atendimento aos **Beneficiários** sempre que solicitado.

3.1.17 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.

3.1.18 Proteger o sigilo médico dos **Beneficiários**, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN nº. 255, de 18 de maio de 2011.

3.1.19 Comprovar o vínculo com a(s) Operadora(s) de Planos de Saúde mediante apresentação de instrumento específico.

3.1.20 Emitir, mensalmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:

- I Perfil biométrico e epidemiológico da carteira;
- II Perfil etário;
- III Despesa per capita por: faixa etária, plano e sexo;
- IV Percentual de sinistralidade da carteira;
- V Indicadores sobre a utilização constando:
  - a) Consultas por **Beneficiário**, por ano;
  - b) Valor médio da consulta;
  - c) Percentual de frequência das 10 maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).

VI. Diagnose, compreendendo:

- a) Exames por **Beneficiários**, por ano;

Handwritten signatures and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page. There are two distinct signatures, one larger and more stylized, and several smaller initials or marks.

- b) Exames por consulta, por ano;
- c) Valor médio dos exames de baixo e de alto custo;
- d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total.

VII. Terapias, compreendendo:

- a) Valor médio;
- b) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
- c) Percentual de frequência das 10 maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);

VIII. Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:

- a) Tempo médio de dias de internação;
- b) Percentual de internados em relação ao total da população por ano;
- c) Valor médio da Internação;
- d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

IX. Prestadores:

- a) curva ABC de prestadores X utilização;
- b) 50 maiores prestadores de serviços;
- c) Percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, etc);

X. Casos Crônicos:

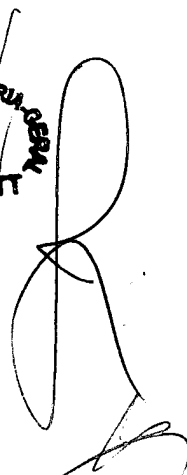
- a) Identificação de casos crônicos;
- b) Efetivação de Monitoramento através da utilização;
- c) Descrição das Patologias;
- d) Valor médio mensal por assistido;
- e) Relatório técnico de acompanhamento.

XI. Grupo de Risco

- a) Identificação de Beneficiários de risco;
- b) Monitoramento;

R

PROCURADORIA GERAL  
ANTT



- c) Patologias;
- d) Relatório técnico de acompanhamento.

3.2 Obrigações da Operadora de Planos de Saúde, as quais serão objeto de observância por parte da Administradora de Benefícios:

3.2.1 Cumprir, além das responsabilidades decorrentes do Termo de Acordo, os dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, Resolução Normativa nº 211, de 2010, e alterações posteriores, e Resolução Normativa nº. 259, de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem assim as demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

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

3.2.3 Efetuar o pagamento do reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da Operadora de Planos de Saúde, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que em caso de reembolso parcial serão posteriormente devolvidos.

3.2.4 Efetuar integralmente o reembolso das despesas realizadas pelo Beneficiário com serviços de assistência à saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento, nas situações em que a rede credenciada da Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios, se encontre impedida do atendimento por motivo de greves e paralisações.

3.2.5 Os Beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar à Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:

- I. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;



III. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário no hospital; e

IV. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

3.2.6 Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados.

3.2.7 Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência.

3.2.8 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.

3.2.9 Fornecer, gratuitamente, 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 pela Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos).

3.2.10 Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios.

3.2.11 Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com o subitem 3.1.20 deste Termo de Acordo.

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

3.2.13 Disponibilizar o “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos Beneficiários.

#### CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 São considerados Beneficiários titulares:

4.1.1 Os servidores ativos e inativos da ANTT, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os requisitados de outros Órgãos Públicos, e pensionistas da ANTT.

4.2 São considerados **Beneficiários dependentes**:

4.2.1 O cônjuge ou companheiro(a) de união estável.

4.2.2 O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável.

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

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

4.2.5 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.

4.2.6 O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 4.2.4 e 4.2.5.

4.2.7 A existência do dependente constante dos itens 4.2.1 e 4.2.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 4.2.3

4.2.8 O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos servidores ativos e inativos da ANTT, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os requisitados de outros Órgãos Públicos, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderá ser inscrito no Plano de Assistência à Saúde desde que o próprio servidor assumo o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados.

4.3 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.

4.3.1 São considerados como **Beneficiários** para a situação de agregados, os parentes descritos na tabela abaixo de acordo com o Anexo I do Decreto 6.906, de 21 de julho de 2009.





## PARENTES EM LINHA RETA

GRAU	CONSAGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	Pai/mãe, filho/filha do beneficiário	Sogra/sogra, genro/nora; madrastra/padrasto, enteado/enteada do beneficiários
2º	Avô/avó, neto/neta do beneficiário	Avó/avô, neto/neta do cônjuge ou companheiro do beneficiário
3º	Bisavô/bisavó, bisneto/bisneta do beneficiário	-

## PARENTES EM LINHA COLATERAL

GRAU	CONSAGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	-	-
2º	Irmão/irmã do beneficiário	Cunhado/cunhada do beneficiário
3º	Tio/tia, sobrinho/sobrinha do beneficiário	-

4.4 Somente o servidor ativo e inativo da ANTT, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os requisitados de outros Órgãos Públicos poderão inscrever Beneficiários na condição de dependentes.

### CLÁUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

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

### CLÁUSULA SEXTA – DAS SANÇÕES

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

- a) advertência por escrito;
- b) multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura,



inadimplente (s ), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

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

d) suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de um ano, justificada pela (Comissão de Controle e Avaliação / Setor de Benefícios do Órgão/entidade);

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

f) As sanções previstas nos subitens "a" e "b" poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens "c" e "d", facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

g) São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação à ANTT apuradas em processo administrativo.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

7.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da ANTT, 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.

7.2 O pagamento das mensalidades dos planos contratados poderão ser realizados mediante boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente, sendo de livre escolha do beneficiário, no ato da adesão.

#### CLÁUSULA OITAVA – RESCISÃO

8.1 Este Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 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.

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



## CLÁUSULA NONA – DA PUBLICAÇÃO

9.1 O presente TERMO DE ACORDO será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

## CLÁUSULA DÉCIMA– DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 O presente Acordo é aceito pela ANTT em caráter de não exclusividade, em função de não existir desembolso de recursos públicos a título remuneratório.


## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1 O Foro para solucionar os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Acordo será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.

E por estarem de pleno acordo, assinam o presente instrumento termo em três vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Brasília, 03 de setembro de 2012.

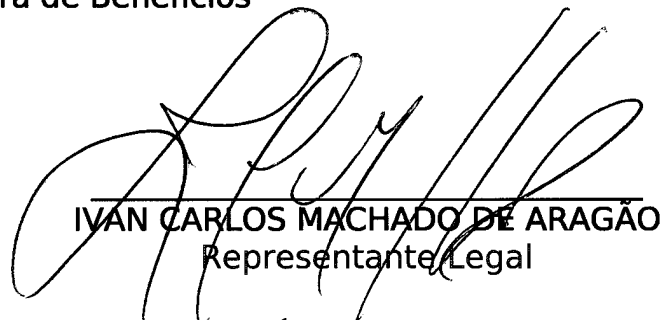
Agência Nacional de Transportes Terrestres

---

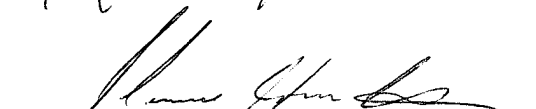
**IVO BORGES DE LIMA**  
Diretor Geral em exercício

Administradora de Benefícios

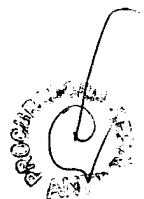
---

**IVAN CARLOS MACHADO DE ARAGÃO**  
Representante Legal

---

**ALEXANDRE SIQUEIRA MONTEIRO**  
Representante Legal



## ANEXO "A"

### I - DO OBJETO

Prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, de acordo com os planos descritos neste projeto básico, 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, a ser prestada aos servidores ativos e inativos da Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, requisitados de outros Órgãos Públicos, respectivos dependentes, e os pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010, alterada pela Resolução Normativa nº 262, de 01 de agosto de 2011, e Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, bem assim as demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por intermédio de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

### II - DA CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento, considera-se:

2.1. **USUÁRIOS** - Os inscritos no Programa de Assistência à Saúde na condição de Beneficiários titulares, dependentes, pensionistas ou agregados.

2.2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** - servidores ativos e inativos da ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, requisitados de outros Órgãos Públicos, respectivos dependentes, e os pensionistas.

2.3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.

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

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 Projeto Básico.

2.6. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - Valor a ser estabelecido para pagamento por meio de boleto ou autorização de débito em conta corrente, referente à participação de todos os servidores ativos e inativos da ANTT, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os requisitados de outros Órgãos Públicos, os respectivos dependentes e os pensionistas da ANTT.

2.6.1 A forma de pagamento será indicada pelo Beneficiário no ato de sua adesão.

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 a(s) Operadora(s) de Planos de Saúde contratada(s) pela Administradora de Benefícios deverá(ão) oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pela ANTT, na forma disciplinada neste Projeto Básico.

2.10 **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** – Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como Administradora de Benefícios de planos de saúde ofertados pela(s) Operadora(s), com a(s) qual(is) a ANTT celebrará Termo de Acordo, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de planos de saúde.

2.11 **PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar com acomodação em enfermarias.

2.12 **PLANO ESPECIAL** – Plano que inclui, além dos itens do Plano

Básico, acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, com cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho.

2.13 **PLANO ESPECIAL PLUS** – Plano que inclui, além dos itens do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

2.14 **UTI MÓVEL** – Prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Projeto Básico.

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

2.16 **OPERADORA DE PLANOS 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.

### III - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1 São considerados Beneficiários titulares:

3.1.1. Os servidores ativos e inativos da ANTT, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os requisitados de outros Órgãos Públicos, e pensionistas da ANTT.

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 aos 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 da ANTT, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os requisitados de outros Órgãos Públicos, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderá ser inscrito no Plano de Assistência à Saúde 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.

3.3.1 São considerados como Beneficiários para a situação de agregados, os parentes descritos na tabela abaixo, de acordo com o Anexo I do Decreto 6.906, de 21 de julho de 2009.

#### PARENTES EM LINHA RETA

GRAU	CONSAGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	Pai/mãe, filho/filha do beneficiário	Sogro/sogra, genro/nora; madrasta/padrasto, enteado/enteada do beneficiários
2º	Avô/avó, neto/neta do beneficiário	Avó/avô, neto/neta do cônjuge dou companheiro do beneficiário
3º	Bisavô/bisavó, bisneto/bisneta do beneficiário	-

## PARENTES EM LINHA COLATERAL

GRAU	CONSAGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	-	-
2º	Irmão/irmã do beneficiário	Cunhado/cunhada do beneficiário
3º	Tio/tia, sobrinho/sobrinha do beneficiário	-

3.4 Somente o servidor ativo e inativo da ANTT, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os requisitados de outros Órgãos Públicos poderão inscrever Beneficiários na condição de dependentes.

### IV - DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO

4.1 Os servidores ativos e inativos da ANTT, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os requisitados de outros Órgãos Públicos e os pensionistas, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por Beneficiário, nas seguintes condições:

- a) que aderir ao plano de assistência a saúde, oferecido pela ANTT, constante deste Projeto Básico;
- b) que tenha contratado plano de saúde particular, desde que atenda às coberturas mínimas do Termo de Referência – Anexo da Portaria Normativa nº. 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, 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 Gerência de Gestão de Pessoas, até o 5º. (quinto) dia útil de cada mês.

### V - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1 A inclusão dos servidores ativos e inativos da ANTT, dos ocupantes de cargos de Natureza Especial e cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, dos requisitados de outros Órgãos Públicos, de seus dependentes e dos pensionistas, no Programa de Assistência à Saúde, far-se-á a pedido, 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 Projeto Básico.

5.3 Os servidores ativos e inativos da **ANTT**, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os servidores requisitados e seus dependentes disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da **Administradora de Benefícios**, para aderirem ao Programa 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.

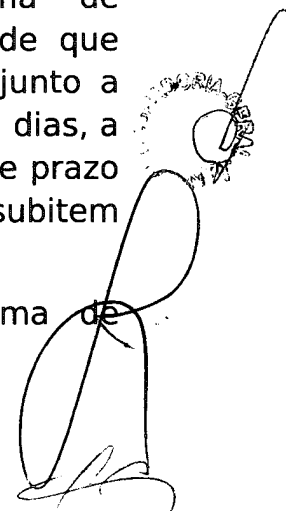
5.4 Os servidores ativos da **ANTT**, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os servidores requisitados e seus dependentes que ingressarem na **ANTT** após a data a que se refere o subitem 5.3., disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, 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.

5.5 Quando autorizados pela **Administradora de Benefícios**, os **Beneficiários** agregados que não aderirem nos prazos estipulado nos itens 5.3. e 5.4., cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5, observado que o ônus da inclusão é de responsabilidade total do titular.

5.6 Os Pensionistas disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da **Administradora de Benefícios**, para solicitarem suas inclusões no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os **Beneficiários** cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.7 Os Pensionistas poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, de que trata este Projeto Básico, desde que façam a opção por permanecer como **Beneficiário** do plano junto a Gerência 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.

5.8 Os servidores ativos da **ANTT**, incluídos no Programa 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.

5.9 Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos da ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os servidores requisitados, no Programa 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 Programa, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 7.1.5.

5.10 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 da ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, servidores requisitados e os pensionistas, ou por perda da condição de dependente.

5.11 Em nenhuma hipótese poderá o Beneficiário usufruir de mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

5.12 É garantida a manutenção no Plano de Saúde dos servidores exonerados de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados, após a perda do vínculo com a ANTT, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

5.13 A Administradora de Benefícios poderá manter o servidor requisitado como Beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com a ANTT, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

5.14 A solicitação de inscrição de Beneficiários no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de início da cobertura assistencial e da contagem dos períodos de carência:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

PROCURADORIA GERAL  
ANTT

5.14.1 Não será exigida carência para urgência e emergência a partir do início da vigência da cobertura assistencial dos Beneficiários inscritos no Programa de Assistência à Saúde.

5.15 A solicitação de exclusão de Beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	SUSPENSÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

5.16 Caberá a ANTT a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos da ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os servidores requisitados e dos pensionistas, indicando a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os servidores, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

## VI - DO DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

6.1 A exclusão do titular no Programa de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, bem assim o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e demais 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 Programa 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 nº 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 da ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os servidores requisitados e dos pensionistas 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 da ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os servidores requisitados solicitar, formalmente, à Gerência 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 da ANTT, ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal e os servidores requisitados excluídos do Programa 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.

## VII - DA CARÊNCIA

7.1 Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Programa 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 Programa de Assistência à Saúde;

b) demais exames e tratamentos - 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde;

c) internações hospitalares - 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde;

d) partos - 300 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde.



## VIII - DA PORTABILIDADE

8.1 A(s) Operadora(s) de Planos de Saúde contratada(s) pela Administradora de Benefícios deverá(ão) declarar anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, que os Beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou pela troca de planos, dentre aquelas vinculadas à Administradora de Benefícios que firmar o Termo de Acordo com a ANTT, 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 da ANTT que tiverem de optar por outro plano, por motivo de Remoção ou Alteração de Exercício, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para optar pela troca de Operadora de Planos de Saúde, dentre aquelas vinculadas à Administradora de Benefícios, 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 A Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS, Resolução Normativa nº. 211, de 11 de janeiro de 2010, e demais normas vigentes.

9.2 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme abaixo:

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

9.2.2 Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o item 9.2;

9.2.3 Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA



utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos da Resolução Normativa nº 211, de 2010;

9.2.4 Consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa nº 211, de 2010;

9.2.5 Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecidas nos Anexos e no art. 22 da Resolução Normativa nº 211, de 2010, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

9.2.6 Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa nº 211, de 2010, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

9.2.7 Ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da Resolução Normativa nº 211, de 2010, para segmentação ambulatorial;

9.2.8 Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

9.2.9 Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

9.3 Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritonial - 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;

9.4 O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010, e demais Resoluções da Agência

Nacional de Saúde Suplementar – ANS, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:

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 A cobertura hospitalar compreende os 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;

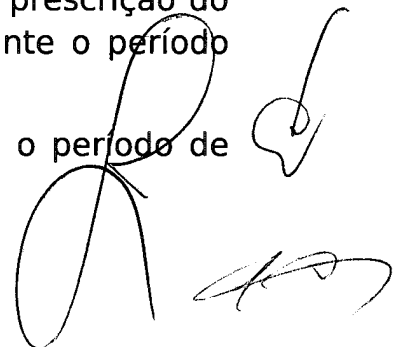
9.5.2 Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

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;

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 assim 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 de Planos de Saúde, 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.



- 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.

9.6 Atendimentos psiquiátricos ou tratamentos dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº. 211, de 11 de janeiro de 2010 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;



9.5.16 Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela Operadora de Planos de Saúde, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

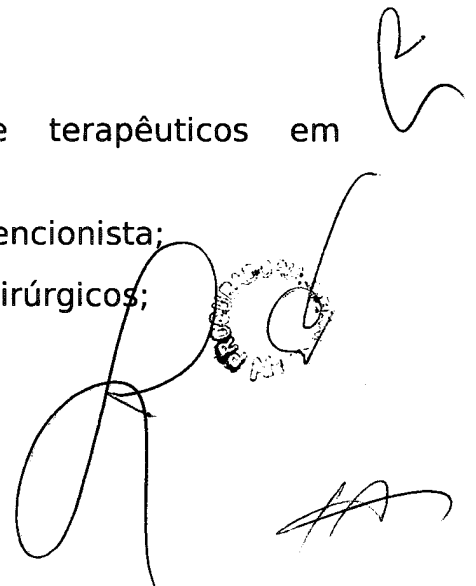
9.5.17 É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

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 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 peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia;
- Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Fisioterapia;

A large, stylized handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text 'BRASIL' and '2011'. To the right of the signature, there is another smaller handwritten mark.

d) e todos os demais casos previstos na Resolução Normativa nº. 211, de 11 de janeiro de 2010;

e) a cobertura ilimitada de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

f) a cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecido no art. 22 da RN 211, de 2010.

## 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.

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;

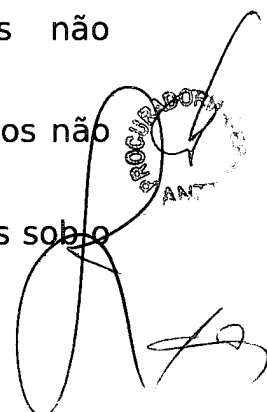
10.2.8 Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

10.2.9 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

10.2.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

10.2.11 Fornecimento de órtese, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;

10.2.12 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o



Handwritten signature and circular stamp with text: PROCURADOR ANS

aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

10.2.13 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

10.2.14 Aplicação de vacinas preventivas;

10.2.15 Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

10.2.16 Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

10.2.17 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

10.2.18 Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

10.2.19 Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

10.2.20 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:

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 Caberá à Operadora de Planos de Saúde contratada 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 pela Operadora de Planos de Saúde contratada 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 de Planos de Saúde, 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.

12.1.4 Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada da Operadora de Planos de Saúde contratada 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 pela operadora contratada 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 à Operadora de Planos de Saúde contratada 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 de Planos de Saúde desse ônus;

13.2.2 A Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

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 de Planos de Saúde estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

### XIV – DAS ACOMODAÇÕES

14.1 Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pela Operadora de Planos de Saúde contratada 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.

14.1.2 **PLANO ESPECIAL** – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, com cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho.

14.1.3 **PLANO ESPECIAL PLUS** – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

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.

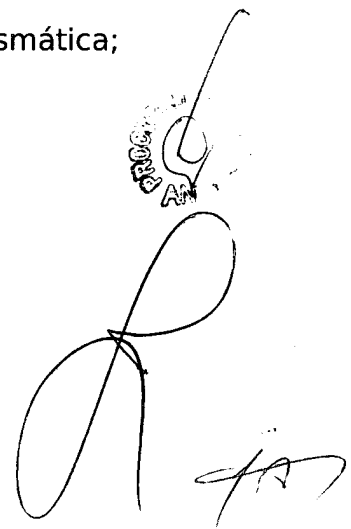
14.3 A **Administradora de Benefícios** poderá ofertar planos superiores ao previsto no subitem 14.1 deste Projeto Básico.

#### **XV – DA UTI MÓVEL (Pronto Socorro Móvel)**

15.1 Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

15.2 São considerados quadros clínicos de emergência:

- a) Cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;
- b) Respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;
- c) Neurológicos - síncope, convulsão, coma;
- d) Comas metabólicos;
- e) Politraumatismos graves;
- f) Afogamentos;
- g) Choques Elétricos;
- h) Intoxicações Graves;



- i) Anafilaxia; e
- j) Toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

15.3 A solicitação do atendimento deverá ser requerida por intermédio de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções durante as 24 horas, em todos os dias.

## XVI – REDE CREDENCIADA

16.1 A Administradora de Benefícios deverá manter um posto de apoio, nas dependências do Edifício Sede e nas Unidades Regionais – UR's da ANTT, durante 60 (sessenta) dias, para atendimento aos servidores, visando facilitar a coleta das propostas de adesão.

16.1.1 A ANTT disponibilizará, em cada localidade, espaço físico adequado à prestação dos serviços, mesas, cadeiras, ramal telefônico para ligações internas, e ponto de internet para a implantação do posto de apoio, no Edifício Sede e nas Unidades Regionais – UR's.

16.1.2 Após o prazo fixado no item 16.1, a Administradora de Benefícios deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos servidores da ANTT (por telefone e por e-mail) visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

16.2 A(s) Operadora(s) de Planos de Saúde contratada(s) pela Administradora de Benefícios deverá(ão) oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, referenciada no item 2.8.

16.3 Além do disposto no item 16.2. a(s) Operadora(s) de Planos de Saúde deverá(ão) oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) no mínimo em 5 (cinco) capitais.

16.4 Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

## XVII – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

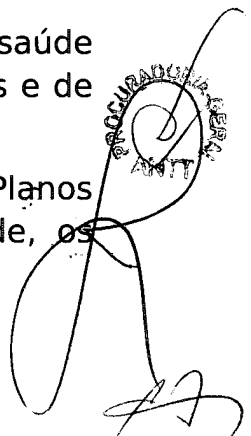
17.1 São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) Apresentar aos Beneficiários da ANTT prestadora(s) dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registrada(s) na ANS;
- b) Negociar, defendendo os interesses dos Beneficiários, junto à(s) operadora(s) contratada(s), os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;
- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos Beneficiários da ANTT;





- d) Orientar os **Beneficiários** a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo;
- e) Exigir documentos dos **Beneficiários** que comprovem seu vínculo junto à ANTT, e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;
- f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de **Beneficiários**, bem assim efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Acordo;
- g) Exigir da Operadora de Planos de Saúde a prestação dos serviços aos **Beneficiários**, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos **Beneficiários** de plano privado de assistência à saúde.
- h) Assegurar aos **Beneficiários**, na superveniência de fatos imprevisíveis, a substituição da(s) Operadora(s) de Planos de Saúde contratada(s), evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- i) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem assim indicar ao **Beneficiário** os programas de medicina preventiva, disponibilizados pela Operadora(s) de Planos de Saúde conveniada(s) para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- j) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos **Beneficiários**, na forma especificada na respectiva Proposta de Adesão, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços à(s) Operadora(s) de Planos de Saúde;
- k) Apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante à(s) Operadora(s) de Planos de Saúde;
- l) Informar aos **Beneficiários** sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pela(s) Operadora(s) de Planos de Saúde contratada(s);
- m) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos **Beneficiários**;
- n) Executar, quando solicitado pela ANTT, ações de saúde preventiva, bem assim de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a ANTT;
- o) Intervir, auxiliar e negociar junto à(s) Operadora(s) de Planos de Saúde prestadora dos serviços de assistência à saúde, os



reajustes de preços dos planos em conjunto com a ANTT;

p) Disponibilizar atendimento aos Beneficiários sempre que solicitado;

q) 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;

r) Proteger o sigilo médico dos Beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN nº. 255, de 18 de maio de 2011;

s) Comprovar o vínculo com a(s) Operadora(s) de Planos de Saúde mediante apresentação de instrumento específico;

t) Emitir, mensalmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:

I. Perfil biométrico e epidemiológico da carteira;

II. Perfil etário;

III. Despesa per capita por: faixa etária, plano e sexo;

IV. Percentual de sinistralidade da carteira;

V. Indicadores sobre a utilização constando:

a) Consultas por Beneficiário, por ano;

b) Valor médio da consulta;

c) Percentual de frequência das 10 maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).

VI. Diagnose, compreendendo:

a) Exames por Beneficiários, por ano;

b) Exames por consulta, por ano;

c) Valor médio dos exames de baixo e de alto custo;

d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total.

VII. Terapias, compreendendo:

a) Valor médio;



- b) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
- c) Percentual de frequência das 10 maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);

VIII. Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:

- a) Tempo médio de dias de internação;
- b) Percentual de internados em relação ao total da população por ano;
- c) Valor médio da Internação;
- d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

IX. Prestadores:

- a) curva ABC de prestadores X utilização;
- b) 50 maiores prestadores de serviços;
- c) Percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, etc);

X. Casos Crônicos:

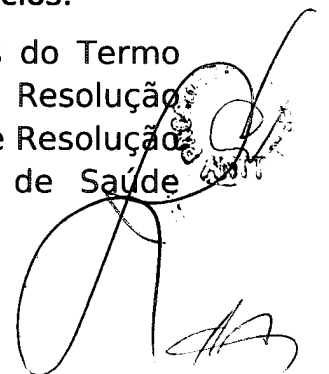
- a) Identificação de casos crônicos;
- b) Efetivação de Monitoramento através da utilização;
- c) Descrição das Patologias;
- d) Valor médio mensal por assistido;
- e) Relatório técnico de acompanhamento.

XI. Grupo de Risco

- a) Identificação de Beneficiários de risco;
- b) Monitoramento;
- c) Patologias;
- d) Relatório técnico de acompanhamento.

17.2 Obrigações da Operadora de Planos de Saúde, as quais serão objeto de observância por parte da Administradora de Benefícios:

- a) Cumprir, além das responsabilidades decorrentes do Termo de Acordo, os dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, Resolução Normativa nº 211, de 2010, e alterações posteriores, e Resolução Normativa nº. 259, de 2011 da Agência Nacional de Saúde



Suplementar – ANS, bem assim as demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

b) 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;

c) Efetuar o pagamento do reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da Operadora de Planos de Saúde, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que em caso de reembolso parcial serão posteriormente devolvidos.

d) Efetuar integralmente o reembolso das despesas realizadas pelo Beneficiário com serviços de assistência à saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento, nas situações em que a rede credenciada da Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios, se encontre impedida do atendimento por motivo de greves e paralisações;

e) Os Beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar à Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:

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

II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

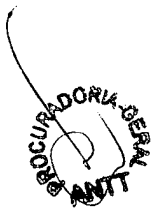
III. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário no hospital; e

IV. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

f) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

g) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência;

h) 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;



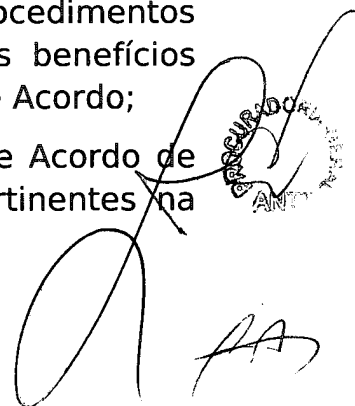
A large, stylized handwritten signature or set of initials, possibly "R" or "B", written in black ink on the right side of the page.

- i) Fornecer, gratuitamente, 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 pela Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);
- j) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- k) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a alínea “t” do item 17.1;
- l) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- m) Disponibilizar o “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos Beneficiários;

## XVIII - OBRIGAÇÕES DA ANTT

### 18.1 São obrigações da ANTT:

- a) Colocar à disposição da Administradora de Benefícios 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;
- b) Permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos Beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do edifício sede da ANTT em Brasília e nas Unidades Regionais – UR’s, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) Acompanhar e fiscalizar a execução do Termo de Acordo de forma a assegurar o cumprimento das normas pertinentes na



RECIBO  
ANTT

forma do art. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993 e legislação correlata.

## 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 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 Termo de Acordo, disque 24 Horas, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos Beneficiários.

19.4 As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Gerência de Gestão de Pessoas da ANTT, observado o constante do item V deste Projeto Básico. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

19.5 A Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios reserva-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.

19.6 Não caberá à Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora 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.

19.7 O Beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da Operadora de Planos de Saúde contratada(s) pela Administradora 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 à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

19.8 No ato do atendimento, o Beneficiário deverá apresentar

documento de identidade, juntamente com o cartão da Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde.

19.9 A Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora 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.

19.10 Nos casos em que a Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora 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.

19.11 Em caso de divergência médica para a concessão da autorização prévia, será instaurada junta médica para dirimir o conflito, no prazo máximo de quarenta e oito horas, contadas da formalização do processo.

19.12 A junta médica será constituída por três membros, sendo um o requerente do procedimento, ou membro nomeado pelo Beneficiário, um médico da Operadora de Planos de Saúde, e um terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

19.13 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.

19.14 Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da Operadora de Planos de Saúde contratada pela Administradora 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.

19.15 No caso de redimensionamento de rede hospitalar será necessária autorização prévia da ANS.

19.16 A Operadora de Planos de Saúde deverá garantir aos Beneficiários o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º, nos prazos

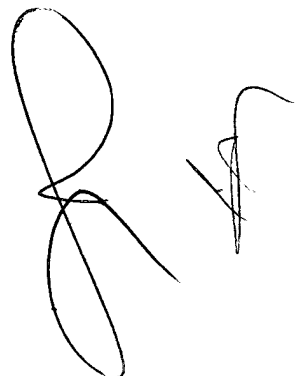


estabelecidos no art. 3º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

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

19.18 A Operadora de Planos de Saúde contratada pela **Administradora de Benefícios** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

19.19 As demais situações não previstas neste Projeto Básico serão dirimidos pela Gerência de Gestão de Pessoas da **ANTT**, em conjunto com a **Administradora de Benefícios**, nos termos da legislação pertinente e nas normas regulamentares da ANS.





TERMO DE ACORDO Nº 005/2012  
PROCESSO Nº 50500.041759/2011-41

**ANEXO B**

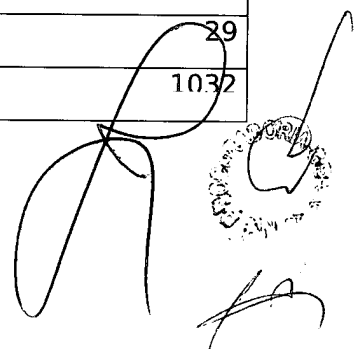
**DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA (MARÇO/2012)**

FAIXA ETÁRIA	BENEFICIÁRIOS		
	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL GERAL
0 a 18 anos	0	242	242
19 a 23 anos	9	33	42
24 a 28 anos	93	49	142
29 a 33 anos	171	48	219
34 a 38 anos	92	49	141
39 a 43 anos	46	31	77
44 a 48 anos	37	17	54
49 a 53 anos	24	9	33
54 a 58 anos	23	11	34
59 anos ou +	24	24	48
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>519</b>	<b>513</b>	<b>1032</b>

**DISTRIBUIÇÃO - GEOGRÁFICA (MARÇO/2012)**

UNIDADES REGIONAIS – UR's	TITULAR	DEPENDENTE	TOTAL
SEDE	224	211	435
URMG	25	30	55
URRJ	102	119	221
URSP	88	63	151
URRS	25	18	43
URCE	27	31	58
URMA	15	25	40
URBA	13	16	29
<b>TOTAL</b>	<b>519</b>	<b>513</b>	<b>1032</b>

59



TERMO DE ACORDO Nº 005/2012  
PROCESSO Nº 50500.041759/2011-41

**ANEXO C – TABELA DE PREÇOS POR BENEFICIÁRIO – MAIO 2012**

Faixa Etária	Vital	Vital	Pronto	Melhor	Completa
	Coletiva	Privativa	Privativa	Privativa	Privativa
00 -18 anos	R\$ 142,23	R\$ 174,60	R\$ 211,83	R\$ 272,07	R\$399,59
19 - 23 anos	R\$ 154,32	R\$ 189,44	R\$ 229,84	R\$ 295,19	R\$ 433,94
24 – 28 anos	R\$ 174,38	R\$ 214,07	R\$ 259,72	R\$ 336,56	R\$ 490,35
29 – 33 anos	R\$ 203,32	R\$ 249,60	R\$ 302,83	R\$ 388,94	R\$ 571,74
34 – 38 anos	R\$ 239,92	R\$ 294,53	R\$ 357,84	R\$ 458,94	R\$ 674,65
39 – 43 anos	R\$ 291,27	R\$ 357,55	R\$ 433,81	R\$ 557,16	R\$ 819,04
44 – 48 anos	R\$366,98	R\$ 450,53	R\$ 546,59	R\$ 702,02	R\$ 1.031,98
49 – 53 anos	R\$ 445,89	R\$ 547,38	R\$ 664,11	R\$ 852,96	R\$ 1.253,86
54 – 58 anos	R\$ 557,36	R\$ 684,23	R\$ 830,14	R\$ 1.066,20	R\$ 1.567,33
59 anos ou +	R\$ 852,77	R\$ 1.046,85	R\$ 1.270,12	R\$ 1.631,28	R\$ 2.398,01
Reembolso para consulta	R\$ 45,00	R\$ 45,00	R\$ 75,00	RS 120,00	R\$ 260,00