



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2013

PREÂMBULO: O Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil (CAU/BR) torna pública a abertura de CREDENCIAMENTO de Administradoras de Benefícios, visando à celebração de Termo de Acordo para disponibilizar planos privados de assistência à saúde coletivo por adesão aos arquitetos e urbanistas devidamente registrados e em dia com os Conselhos de Arquitetura e Urbanismo dos Estados ou do Distrito Federal (CAU/UF), conforme especificações constantes do Termo de Referência.

CAPÍTULO 1. DAS INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. O inteiro teor deste Edital poderá ser obtido gratuitamente no sítio do Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil (CAU/BR), www.caubr.gov.br, ou solicitado à Comissão Permanente de Licitação na sede do Conselho, no horário de 8:30 às 12:30 e das 14:00 às 18:00h, mediante pagamento pela cópia reprográfica.

1.2. Se por qualquer motivo não houver expediente no CAU/BR no dia agendado para abertura da sessão pública de recebimento e abertura dos envelopes, fica automaticamente transferida para o primeiro dia útil seguinte, independente de comunicação.

1.3. Das decisões do Presidente da CPL dar-se-á publicidade no sítio oficial do CAU/BR, salvo em relação àquelas cuja publicação e ciência puderem ser feitas diretamente aos participantes presentes na sessão pública, principalmente quanto ao resultado da habilitação.

1.4. Os esclarecimentos e decisões quanto a impugnação e recursos serão divulgados no sítio oficial do CAU/BR, www.caubr.gov.br, ficando as participantes, desde já, cientes que a publicidade ocorrerá exclusivamente no referido local.

1.5. A participação no credenciamento, sem que tenha sido tempestivamente impugnado o edital importa em total e irrestrito conhecimento e aceitação das condições estatuídas, ou seja, os elementos são suficientes, claros e precisos, não cabendo, portanto, posterior reclamação.

CAPÍTULO 2. DO OBJETO

2.1. Constitui objeto do presente Edital o credenciamento de pessoas jurídicas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para atuar como Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos privados de assistência à saúde coletivo por adesão aos arquitetos e urbanistas devidamente registrados e em dia com os Conselhos de Arquitetura e Urbanismo dos Estados ou do Distrito Federal (CAU/UF), conforme especificações constantes do Termo de Referência.

2.2. As demais disposições quanto ao objeto estão descritas detalhadamente no Termo de Referência.



CAPÍTULO 3. DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

3.1. A documentação de credenciamento, descrita no Termo de Referência, bem como a proposta, serão recebidas em data, hora e local estabelecidos abaixo.

RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO: Às 9:00h do dia 20/2/2013.

ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA: Às 9:00h do dia 20/2/2013.

LOCAL: Setor Comercial Norte Quadra 1, Bloco E, Edifício Central Park, Salas 302/303, em Brasília, Distrito Federal.

3.2. A documentação a que se refere o item 3.1 poderá ser apresentada em cópia simples, juntamente com os originais para, em cotejo com estes, ser autenticada pela Comissão Permanente de Licitação do CAU/BR, ou por meio de cópia autenticada.

3.3. Não havendo expediente na data marcada, a sessão pública realizar-se-á no primeiro dia útil subsequente, mantidos o mesmo horário e local, salvo disposição expressa em contrário.

CAPÍTULO 4. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

4.1. A Administradora de Benefícios interessada em participar do processo de credenciamento deve apresentar, no local e horário constantes do Capítulo 3 deste Edital, a documentação descrita no Termo de Referência de forma sequencial, observado o disposto no item 3.2 retromencionado.

4.2. Todos os documentos exigidos deverão ser apresentados em envelope contendo as seguintes informações:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO CAU/BR Nº 1/2013

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

4.3. As informações prestadas, assim como a documentação entregue, são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua apresentação que atende a todos os requisitos para participar do credenciamento.

4.4. A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento, aceitação e submissão, independente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas, bem como aos atos normativos expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CAPÍTULO 5. DA IMPUGNAÇÃO E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

5.1. Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar o presente Edital de credenciamento por irregularidade, devendo apresentar a impugnação por escrito, pessoalmente ou por correio eletrônico (licitacao@caubr.gov.br), em até 5 (cinco) dias úteis anteriores à data fixada no item 3.1 deste Edital.

5.2. Os interessados em participar do credenciamento poderão, sob pena de decair do direito, impugnar o Edital até o 2º (segundo) dia útil que anteceder a sessão pública, encaminhando-a por escrito, pessoalmente ou por correio eletrônico (licitacao@caubr.gov.br), ao Presidente da Comissão Permanente de Licitação, referindo-se ao Edital de Credenciamento CAU/BR nº 1/2013, com a devida qualificação do impugnante e as razões da impugnação.



5.3. Caberá ao Gerente Técnico do CAU/BR decidir sobre a impugnação no prazo de até 3 (três) dias úteis, a contar da data de seu recebimento, no caso do item 5.1 e em 24h (vinte e quatro horas), em se tratando do item 5.2.

5.4. Acolhida a impugnação e desde que prejudicial ao válido e regular desenvolvimento do credenciamento, será designada nova data para a realização da sessão pública.

5.5. Os esclarecimentos poderão ser encaminhados ao Presidente da Comissão Permanente de Licitação, em até 2 (dois) dias úteis anteriores à sessão pública, através do correio eletrônico licitacao@caubr.gov.br, devendo o requerente encaminhar as dúvidas e qualificar-se.

5.5.1. O Presidente da Comissão Permanente de Licitação dará publicidade dos esclarecimentos no sítio do CAU/BR (www.caubr.gov.br), em até 24h após o recebimento dos mesmos.

CAPÍTULO 6. DA ANÁLISE E DO JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

6.1. A análise da documentação e o credenciamento dos habilitados ocorrerá em sessão pública no dia, hora e local indicados no item 3.1 do Capítulo 3 deste edital, devendo os interessados comparecer com a devida antecedência, portando toda a documentação exigida.

6.2. Será declarado inabilitado o interessado que:

6.2.1. Por qualquer motivo esteja suspenso do direito de licitar;

6.2.2. Tenha sido declarado inidôneo ou punido com impedimento do direito de licitar e contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual ou do Distrito Federal, ou Municipal;

6.2.3. Deixar de apresentar quaisquer documentos exigidos ou o fizer em desconformidade com os parâmetros estabelecidos.

CAPÍTULO 7. DA DIVULGAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

7.1. Serão declarados habilitados os participantes que atenderem a todas as exigências estabelecidas.

7.2. Transcorrido o prazo legal sem que haja interposição ou havendo indeferimento dos recursos apresentados, o Presidente do CAU/BR, após verificar a lisura e legalidade de todo o procedimento, procederá à homologação.

CAPÍTULO 8. DOS RECURSOS

8.1. Dos atos praticados pelo Presidente da Comissão Permanente de Licitação cabe recurso.

8.2. O recorrente deverá apresentar as razões recursais na forma escrita, dirigida ao Presidente da Comissão e protocolada no CAU/BR no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da decisão recorrida.

8.3. O recurso terá efeito suspensivo.

8.4. Provido o recurso, a invalidação dos atos praticados alcançará apenas aqueles insuscetíveis de aproveitamento.

8.5. Caso o Presidente da CPL julgue improvido o recurso, após a devida instrução, submetê-lo-á à consideração da autoridade superior competente a qual proferirá decisão definitiva.



8.6. Os autos permanecerão com vista franqueada aos interessados em interpor o recurso.

CAPÍTULO 9. DA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

9.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado, após a homologação do credenciamento e em data oportuna, Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios habilitadas, com vigência de 12 (doze) meses, a partir da assinatura, podendo ser prorrogado, em comum acordo entre os partícipes e desde que verificadas vantagens, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

CAPÍTULO 10. DOS DOCUMENTOS INTEGRANTES DESTA EDITAL

10.1. São integrantes deste Edital, como se transcritos estivessem e para todos os fins de direito:

10.1.1. Termo de Referência.

10.1.2. Minuta de Termo de Acordo.

Brasília (DF), 31 de janeiro de 2013.

Reginaldo Rodrigues de Magalhães
Presidente da CPL



ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

CAPÍTULO 1. DO OBJETO

1.1. Constitui objeto deste Termo de Referência o credenciamento de Administradora de Benefícios, visando a disponibilização de planos privados de assistência à saúde coletivo por adesão aos arquitetos e urbanistas devidamente registrados e em dia com os Conselhos de Arquitetura e Urbanismo dos Estados ou do Distrito Federal (CAU/UF).

1.2. Os planos privados de assistência à saúde coletivo por adesão deverão ser extensíveis ao grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro em união estável, inclusive o companheiro em união homoafetiva.

1.3. As Administradoras de Benefícios, bem como as operadoras de saúde deverão possuir registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

1.4. A prestação de assistência médica deverá abarcar, tais como e sem se limitar, os atendimentos emergencial, ambulatorial e hospitalar, partos, fisioterápicos, psicológicos, farmacêuticos, além daqueles estabelecidos na Lei nº 9.656/1998, Resoluções da ANS, em especial as de nº 195, 196, 211, 261, 262 e atualizações posteriores.

1.5. A Administradora de Benefícios credenciada deverá disponibilizar aos arquitetos e urbanistas e familiares, por intermédio de operadoras de saúde, planos privados de assistência à saúde coletivo por adesão, com abrangência nacional e estadual, padrão enfermagem e apartamento individual, contemplando adequada cobertura, em razão da disposição geográfica dos arquitetos e urbanistas, pelos vinte sete estados da federação, observando o rol de procedimentos e eventos em saúde, nos termos das normas que regulam a matéria.

1.6. A escolha do plano ficará ao livre arbítrio do arquiteto e urbanista que escolherá a administradora de benefício credenciada, de acordo com a cobertura mais adequada às suas necessidades.

1.7. As operadoras não poderão exigir cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do termo de acordo.

1.7.1. Nos demais casos não dispostos no Item 1.7, deverá ser assegurado aos arquitetos e urbanistas e seus familiares, transferência de carência.

1.8. O credenciamento da Administradora de Benefícios será formalizado mediante assinatura de Termo de Acordo a ser celebrado entre o CAU/BR e a Administradora de Benefícios que vier a ser habilitada.

CAPÍTULO 2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. Possibilitar que os profissionais regularmente inscritos e em dia com os Conselhos de Arquitetura e Urbanismo dos Estados ou do Distrito Federal (CAU/UF) sejam beneficiados com a faculdade de adesão a um plano de saúde nacional ou estadual que atenda às suas expectativas.



CAPÍTULO 3. DA INCLUSÃO E REINCLUSÃO NOS PLANOS

3.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão disponibilizados pela Administradora de Benefícios os arquitetos e urbanistas inscritos e em dia com os Conselhos de Arquitetura e Urbanismo dos Estados ou do Distrito Federal (CAU/UF) e seus familiares, mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios.

3.2. A adesão dos arquitetos e urbanistas e familiares aos planos de saúde é voluntária e de livre escolha do profissional que buscará aquele que melhor atenda às suas necessidades.

3.3. Os familiares que adquirirem essa qualidade após a inclusão do arquiteto e urbanista no plano de assistência à saúde coletivo por adesão terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do fato gerador, para serem incluídos no referido plano, sob pena do cumprimento da carência.

3.4. O arquiteto e urbanista e seus familiares poderão aderir, requerer exclusão e aderir novamente ao plano de assistência à saúde coletivo por adesão a qualquer tempo, observadas as normas legais e o disposto neste Termo de Referência.

3.5. O arquiteto e urbanista deverá comprovar junto à Administradora de Benefícios a regular inscrição, bem como a comprovação de pagamento da anuidade em exercício perante o Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Estado ou do Distrito Federal (CAU/UF).

3.6. O arquiteto e urbanista deverá comprovar o parentesco com a devida documentação.

CAPÍTULO 4. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.1. A exclusão do titular e familiares do plano de assistência à saúde coletivo por adesão dar-se-á pela ocorrência de cancelamento voluntário da inscrição, pelo falecimento de qualquer deles, assim como outras situações previstas em lei.

4.2. Com as ressalvas previstas na legislação, a Administradora de Benefícios poderá rescindir unilateralmente o contrato firmado com os arquitetos e urbanistas e seus familiares que fraudarem qualquer documentação ou estiverem em inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

4.2.1. Para fins de rescisão nos termos do Item 4.2, o beneficiário titular deverá ser notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência contratual, nos termos da Lei 9656/1998.

4.3. Após o desligamento do beneficiário titular e/ou familiares, aquele deverá, imediatamente, devolver à Administradora de Benefícios a carteira de identificação do(s) beneficiário(s) que está(ão) se desligando.

4.4. A exclusão do beneficiário titular implica a exclusão de todos os familiares.

4.4.1. O disposto no Item 4.4 poderá ocorrer, independente da anuidade do CAU/BR e/ou da Administradora de Benefícios, pelos seguintes motivos:

4.4.1.1. Cancelamento ou pedido de suspensão do registro do arquiteto e urbanista nos CAU/UF;



4.4.1.2. A pedido do beneficiário titular;

4.4.1.3. Inadimplência do beneficiário, observado o disposto nos subitens 4.2 e 4.2.1;

4.4.1.4. Óbito dos beneficiários titular e familiares;

4.4.1.4.1 O óbito do beneficiário titular implica o cancelamento do plano dos beneficiários familiares, na forma da lei.

4.4.1.5 Em caso de fraude;

4.4.1.6. A exclusão de beneficiários implica o cancelamento automático dos benefícios.

CAPÍTULO 5. DA PORTABILIDADE

5.1. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão declarar anualmente, no aniversário do termo de acordo, que os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou pela troca de planos, dentre aqueles vinculados à Administradora de Benefícios, na forma prevista no art. 11 da Resolução da ANS nº 195/2009.

CAPÍTULO 6. DOS BENEFÍCIOS

6.1. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações.

6.2. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

6.3. Caso a operadora ofereça internação domiciliar em substituição a internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, no art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e demais dispositivos legais.

6.4. Nos casos de não haver internação domiciliar, a internação hospitalar deverá obedecer à previsão contratual ou a negociação entre as partes.

6.5. Às operadoras de planos de assistência à saúde é permitido o oferecimento de cobertura maior que a mínima estipulada pela ANS.

6.6. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios cobrirão 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.



CAPÍTULO 7. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

7.1. Deverão ser previstos atendimentos de emergência e urgência conforme a seguir:

7.1.1. Considera-se atendimento de urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;

7.1.2. Considera-se atendimento de emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato;

7.1.3. 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;

7.1.4. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24h (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:

7.1.4.1. 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;

7.1.4.2 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.

CAPÍTULO 8. DA REMOÇÃO

8.1. Deverá ser garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

CAPÍTULO 9. DAS ACOMODAÇÕES

9.1. 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:

9.1.1. O plano básico é aquele com cobertura ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com acomodação em enfermaria, que deverá dispor de, no máximo, 3 (três) leitos;

9.1.2. No plano especial está compreendido o plano básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante;

9.1.3. 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 a operadora de plano de saúde contratada;



9.1.4. Os planos poderão ser oferecidos nas modalidades com e sem co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

CAPÍTULO 10. DA REDE CREDENCIADA

10.1. A Administradora de Benefícios deverá disponibilizar, imediatamente após a celebração do Termo de Acordo com o CAU/BR, a rede de atendimento disponibilizada.

10.2. A Administradora de Benefícios deverá disponibilizar, no prazo de até 15 (quinze) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo, canal de comunicação direto para contato dos arquitetos e urbanistas por telefone, correio eletrônico, e outras vias, visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

10.3. As operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer, em âmbito estadual e 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 profissionais.

10.4. A Administradora de Benefícios deverá manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta de preços, sendo facultado, em momento posterior à assinatura do Termo de Acordo, disponibilizar operadoras e/ou produtos com a finalidade de ampliar o atendimento oferecido.

CAPÍTULO 11. DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

11.1. Disponibilizar, por intermédio de operadora ou conjunto de operadoras, planos privados de assistência à saúde com abrangência geográfica nacional e estadual.

11.2. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, perante as operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a negociação de reajuste, à alteração da rede credenciada.

11.3. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência à saúde coletivo por adesão aos arquitetos e urbanistas.

11.4. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento às normas previstas no Termo de Acordo firmado com o CAU/BR.

11.5. Efetivar a cobrança dos planos e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços à(s) operadora(s) de plano privado de assistência à saúde a ela vinculada(s).

11.6. Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios.

11.7. Intervir, auxiliar e negociar com as operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde os reajustes de preços dos planos.

11.8. Comprovar o vínculo com as operadoras, ainda que com as quais passe a operar durante o prazo de vigência do Termo de Acordo, mediante apresentação do competente instrumento.



11.9. Cumprir, fielmente, as determinações legais e informar aos beneficiários, no ato da contratação, que a adesão nos prazos estipulados para fins de isenção de carência e cobertura parcial temporária não implica, necessariamente, direito ao recebimento do auxílio-saúde.

11.10. Não exigir qualquer carência, tampouco cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário realize o contrato com a Administradora de Benefícios em até 30 (trinta) dias contados da publicação do termo de acordo.

11.11. Não exigir qualquer carência, tampouco cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, na hipótese de o beneficiário possuir outro plano de assistência à saúde - individual ou familiar, coletivo empresarial, coletivo por adesão - registrado na ANS e com cobertura equivalente ao plano pretendido, com total cumprimento de carências, à época da contratação com a Administradora de Benefícios credenciada, devendo-se configurar a compra de carências ou portabilidade.

11.12. Manter, enquanto durar o Termo de Acordo, todas as condições que ensejaram a sua celebração.

11.13. Não subcontratar, total ou parcialmente, o objeto do Termo de Acordo.

11.14. Informar aos beneficiários, coletando a pertinente declaração no sentido de que o CAU/BR não poderá ser responsabilizado, em nenhuma hipótese, por qualquer dano, passivo ou irregularidade resultante da contratação do plano de assistência à saúde por adesão, haja vista não ser parte na relação contratual existente entre ambos.

11.15. Proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar, sempre que requerido pelo CAU/BR, possuir profissional habilitado, nos termos da RN da ANS n.º 255, de 18 de maio de 2011, e atualizações posteriores.

11.16. Comunicar eventual alteração de preço das mensalidades, bem como a inclusão de novos planos, observada a Resolução Normativa da ANS n.º 63/2003.

11.17. Fornecer, sempre que requerido pelo CAU/BR, toda e qualquer documentação necessária à avaliação da boa situação financeira da Administradora de Benefícios.

11.18. Cumprir toda e qualquer orientação operacional emanada do CAU/BR, visando ao perfeito cumprimento do Termo de Acordo.

11.19. Exigir dos beneficiários titulares documento que comprove registro e o pagamento da anuidade em exercício perante o Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Estado ou do Distrito Federal (CAU/UF) e, dos beneficiários familiares, comprovantes da relação de parentesco.

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

11.21. 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.

11.22. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como, indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva.



11.23. Efetivar a cobrança dos planos 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.

11.23.1. Visando a prestação de contas, a Administradora de Benefícios deverá apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde.

11.24. Elaborar pesquisas de satisfação com os beneficiários encaminhando os resultados ao gestor do Termo de Acordo a cada 90 dias a partir de sua assinatura.

11.25. Efetivar a substituição de operadora, dentre as apresentadas 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.

11.26. Comunicar ao gestor do Termo de Acordo, de forma clara e detalhada em até 30 (trinta) dias corridos, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.

11.27. Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras, garantindo o cumprimento das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada, principalmente no atendimento ao disposto na Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, da ANS.

11.28. Fornecer aos beneficiários, gratuitamente e em conjunto com a operadora, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar 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 profissionais.

11.29. Disponibilizar, no prazo de até 15 (quinze) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo, canal de comunicação direto para contato dos arquitetos e urbanistas visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos que deverá possuir no mínimo:

11.29.1. Atendimento telefônico preferencialmente na modalidade 0800 e com pleno cumprimento do disposto no Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008;

11.29.2. Atendimento eletrônico através de sítio disponibilizado na rede mundial de computadores (internet);

11.29.3. Atendimento exclusivo de correio eletrônico na modalidade Fale Conosco.

CAPÍTULO 12. DAS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

12.1. Além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656/1998, das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados.

12.2. 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, nos moldes da lei e deste Termo de Referência.

12.3. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços.



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

12.5. Fornecer aos usuários, gratuitamente, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano aderido pelo beneficiário.

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

12.7. Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes declaradas pelo beneficiário e asseguradas pela cobertura parcial temporária, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, dentre outras.

12.8. Tratar o usuário com urbanidade, atendendo prontamente às solicitações.

CAPÍTULO 13. DAS OBRIGAÇÕES DO CAU/BR

13.1. Permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de assistência à saúde por adesão aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação.

13.2. Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências do CAU/BR para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do Termo de Acordo.

13.3. Acompanhar e fiscalizar a execução do termo de acordo de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, comunicando a ocorrência de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior.

13.4. Responsabilizar-se perante a Administradora de Benefícios pela confirmação de que os titulares mantêm vínculo com os CAU/UF, fornecendo a comprovação de registro e regularidade do beneficiário titular, mediante a solicitação da Administradora de Benefícios.

CAPÍTULO 14. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

14.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros para a avença objeto deste Termo de Referência, visto que não haverá qualquer transferência ou repasse de recursos por parte do CAU/BR às Administradoras de Benefícios credenciadas, tampouco às operadoras de planos privados de saúde a elas vinculadas, considerando-se que o pagamento das mensalidades do plano de saúde será de responsabilidade exclusiva do beneficiário, sem qualquer responsabilidade do CAU/BR quanto ao adimplemento de tais parcelas.



CAPÍTULO 15. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

15.1. Poderão participar do credenciamento para celebração de Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios que atenderem às exigências estabelecidas no Edital e seus Anexos, não sendo admitida, seja a que título for:

15.1.1. a participação de dirigentes, conselheiros e colaboradores do CAU/BR, inclusive cônjuges;

15.1.2. as Administradoras de benefício que tenham sido:

15.1.2.1. declaradas suspensas (art. 87, III da Lei nº 8.666/1993) ou inidôneas (art. 87, IV da Lei nº 8.666/1993), por qualquer órgão da Administração direta ou indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal;

15.1.2.2. impedidas de licitar e contratar com União, Estados, Municípios ou Distrito Federal, conforme art. 7º da Lei nº 10.520/2002.

15.2. Não serão admitidas proponentes sob a forma de consórcio, suspensas do direito de licitar e/ou contratar com o CAU/BR, bem como as que estiverem em regime de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, concurso de credores, em dissolução ou em liquidação, bem como a subcontratação dos serviços objeto deste Termo de Referência.

CAPÍTULO 16. DA HABILITAÇÃO E DA PROPOSTA DE PREÇOS DE PLANO DE SAÚDE

16.1. Para **habilitação jurídica**, a Administradora de Benefícios deverá apresentar documentação relativa ao registro comercial, ato constitutivo, contrato social ou estatuto, devidamente registrados nos órgãos competentes, e, quando couber, documento de eleição dos administradores e decreto de autorização de empresa estrangeira para funcionamento no País, na forma da legislação aplicável.

16.2. Para comprovação da **regularidade fiscal e trabalhista**, a Administradora de Benefícios deverá apresentar a seguinte documentação:

16.2.1. prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;

16.2.2. prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual, municipal ou do Distrito Federal, se houver, relativo ao domicílio ou sede da pessoa jurídica, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o serviço;

16.2.3. Certidão Negativa de débitos relativa a tributos e contribuições federais e dívida ativa da União, expedida pelo órgão da Secretaria da Receita Federal do Brasil;

16.2.4. Certidão Negativa de débitos relativa a contribuições devidas à Seguridade Social, expedida pelo órgão da Secretaria da Receita Federal do Brasil;

16.2.5. Certidão Negativa de débitos relativa a tributos estaduais ou do Distrito Federal, expedida pelo órgão da receita do Estado da sede da pessoa jurídica ou do Distrito Federal;

16.2.6. Certidão Negativa de débitos relativa a tributos municipais, expedida pelo órgão da receita do Município da sede da pessoa jurídica;



16.2.7. Certificado de Regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), expedido pela Caixa Econômica Federal;

16.2.8. Certidão Negativa de débitos trabalhistas, expedida pelo Tribunal Superior do Trabalho.

16.3. Para comprovação da **qualificação econômico-financeira**, a Administradora de Benefícios deverá apresentar:

16.3.1. certidão negativa de falência, recuperação judicial ou liquidação extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, que esteja dentro do prazo de validade indicado no documento, ou datada dos últimos cento e oitenta dias quando o prazo de validade não estiver expresso;

16.3.2. demonstrativo, contendo índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC) maiores ou iguais a 1 (um), observados os seguintes critérios:

16.3.2.1. Liquidez Geral = (ativo circulante + realizável a longo prazo) / (passivo circulante + exigível a longo prazo);

16.3.2.2. Solvência Geral = ativo total / (passivo circulante + exigível a longo prazo);

16.3.2.3. Liquidez Corrente = ativo circulante / passivo circulante.

16.3.3. balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da Administradora, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados, quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta, tomando como base a variação, ocorrida no período, do ÍNDICE GERAL DE PREÇOS-DISPONIBILIDADE INTERNA – IGP-DI, publicado pela Fundação Getúlio Vargas – FGV, ou de outro indicador que venha a substituí-lo.

16.4 Para comprovação da **qualificação técnica**, a Administradora de Benefícios deverá apresentar:

16.4.1. prova de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS da Administradora de Benefícios e da(s) operadora(s) a ela vinculada(s), mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009;

16.4.2. certidão expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende às exigências de ativos (depósitos) garantidores, relativa ao 1º trimestre de 2012, exigível na forma da lei, conforme Resolução Normativa ANS nº 203, de 01/10/2009;

16.4.3. prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica nacional e estadual, bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos do art. 5º da RN 211/2010 ANS, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro.

16.5 A Administradora de Benefícios deverá apresentar ainda:



16.5.1 declaração de não possuir em seu quadro de pessoal empregados menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer tipo de trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos;

16.5.2 termo de contrato ou congênere celebrado entre ela e a operadora de plano de saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades e se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o CAU/BR, destacando-se a impossibilidade de repasse de qualquer inadimplência dos beneficiários ao CAU/BR;

16.5.3 declaração de inexistência de fatos impeditivos à habilitação;

16.5.4. declaração comprometendo-se a disponibilizar, durante todo o período de vigência do Termo de Acordo, adequada rede credenciada aos beneficiários, com planos de abrangência em conformidade com a dispersão geográfica e demais requisitos constantes deste Termo de Referência, do Edital e demais Anexos;

16.5.5 no mínimo, 1 (um) atestado de capacidade técnica, nos moldes do art. 30, II, da Lei nº 8.666/1993.

16.5.5.1. referido atestado deverá comprovar a prestação de serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS compatíveis com o objeto em volume e complexidade deste Termo de Referência e seus Anexos;

16.5.5.2. para efeitos deste Termo de Referência considera-se a estimativa de disponibilização de plano de saúde coletivo por adesão para 90.000 (noventa mil) titulares e 270.000 (duzentos e setenta mil) dependentes.

16.5.6 proposta de preço do(s) plano(s) de saúde coletivo(s) da(s) operadora(s) indicada(s) pela Administradora de Benefícios, nos moldes do Anexo I e da RN 63/2003 ANS, com abrangência nacional e estadual, representando os valores finais das mensalidades a serem cobradas dos beneficiários, nas segmentações assistenciais em que possua autorização e interesse em atuar, nos termos do art. 5º da RN 211/2010 ANS, tudo em conformidade com as especificações deste Termo de Referência.

16.5.7. declaração, caso exista, da(s) operadora(s) indicada(s) pela Administradora de Benefícios das vantagens concedidas aos arquitetos e urbanistas em relação à contratação de plano similar na modalidade plano coletivo ou plano individual/familiar.

CAPÍTULO 17. DA SANÇÃO ADMINISTRATIVA E DO DESCREDENCIAMENTO

17.1. Pelo descumprimento parcial ou total das obrigações assumidas neste Termo de Referência, no Edital ou no Termo de Acordo, serão aplicadas à Administradora de Benefícios as seguintes sanções, garantida a defesa prévia no prazo de cinco dias úteis contados da ciência, observada a gradação de lesividade e prejuízos gerados:

17.1.1. Advertência por escrito;



17.1.2. Multa de mora no percentual de 0,3% (zero vírgula três por cento) ao dia, limitada ao máximo de 3% (três por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos beneficiários à Administradora de Benefício no mês de ocorrência da infração, até o limite de quinze dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

17.1.3. Multa compensatória no percentual de 3% (três por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos beneficiários à Administradora de Benefício no mês de ocorrência da infração, no caso de configurada a total impossibilidade de continuidade do Termo de Acordo, caracterizando inadimplemento absoluto, conforme declarado pelo CAU/BR, sem prejuízo do descredenciamento;

17.1.4. 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;

17.1.5. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos, na hipótese de ação ou omissão ensejadoras de prejuízo ao CAU/BR fora dos casos tratados no subitem anterior;

17.2. Poderá ocorrer o descredenciamento, além da hipótese tratada no subitem 17.1.3, quando houver reiterado descumprimento de quaisquer condições descritas no presente Termo de Referência, no Edital ou no Termo de Acordo.

17.3. Admitir-se-á a cumulatividade, sopesada à luz de cada caso concreto, das seguintes sanções:

17.3.1. Entre os subitens 17.1.1 e 17.1.2; ou

17.3.2. Entre os subitens 17.1.3 e 17.1.4 ou entre os subitens 17.1.3 e 17.1.5.

CAPÍTULO 18. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

18.1. O CAU/BR e os CAU nos estados e no Distrito Federal realizarão o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como farão o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Termo de Referência, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

18.2. O acompanhamento e a fiscalização da execução do Plano de Saúde consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do CAU/BR e um representante em cada CAU/UF, especialmente designados na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.



CAPÍTULO 19. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. As operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos aos segurados.

19.2. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos 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 e outros que demandam atendimento especial.

CAPÍTULO 20. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. É vedada utilização de qualquer elemento, critério ou fator sigiloso, subjetivo ou reservado que possa, ainda que indiretamente, elidir o Princípio da Igualdade.

20.2. Não serão aceitas documentações encaminhadas por correio, fac símile, correio eletrônico ou qualquer outro meio que possa ocasionar quebra do sigilo.

20.3. Se a credenciada for filial os documentos deverão ser emitidos em nome desta, exceto aqueles que pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

20.4. As certidões que não declararem expressamente o período de validade deverão ter sido emitidas nos 30 (trinta) dias imediatamente anteriores à data prevista para realização da sessão de credenciamento, salvo quanto a certidão e/ou declaração de enquadramento de microempresa ou empresa de pequeno porte.

20.5. Todos os documentos emitidos em língua estrangeira deverão ser entregues acompanhados da tradução para a língua portuguesa efetuada por tradutor juramentado e registrados no Cartório de Títulos e Documentos ou Consulado.

20.6. Documentos de procedência estrangeira, embora redigidos em língua portuguesa, devem ser apresentados conforme disposição do item 20.5.

20.7. Os documentos exigidos poderão ser apresentados em cópia simples que, cotejados com o original, serão declarados autênticos.

20.8. Havendo dúvida acerca dos documentos emitidos via internet, a aceitação dos mesmos fica condicionada à verificação da autenticidade no sítio do órgão expedidor.

20.9. Existindo necessidade, poderá ser solicitada a manifestação de pessoal técnico do CAU/BR para averiguar a compatibilidade da proposta com as especificações.

20.10. Observar-se-á, no que se refere a contagem dos prazos, a exclusão do dia do início e a inclusão do dia do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto disposição expressa em contrário.

20.11. Somente em dia de expediente do CAU/BR se iniciam e vencem os prazos.



20.12. O CAU/BR reserva-se o direito de revogar total ou parcialmente o credenciamento, tendo em vista o interesse público ou ainda anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou mediante provocação de terceiros.

20.13. Deverá ser observado o horário de Brasília para todos os atos do credenciamento.

20.14. Poderão ser relevadas omissões, desde que não comprometam a lisura e o caráter competitivo.

20.15. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

20.16. A inexatidão de afirmações, declarações falsas ou quaisquer irregulares, ainda que verificada posteriormente, poderá ensejar a inabilitação ou o descredenciamento da Administradora de Benefícios, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, civil ou criminal.

20.17. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações, os resultados e quaisquer outras divulgações realizadas pelo CAU/BR.

20.18. É facultado à Comissão Permanente de Licitação, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo.

**ANEXO II****MINUTA DO TERMO DE ACORDO****DOS PARTÍCIPES:**

I- CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO BRASIL (CAU/BR), autarquia federal de fiscalização profissional regida pela Lei nº 12.378, de 31 de dezembro de 2010, inscrito no CNPJ sob o nº xxxxxxxxxx, com sede no xxxxxxxx, em Brasília, Distrito Federal, CEP xxxxxx, representado neste ato pelo Presidente, **NOMEAR**, nacionalidade, profissão, portador da Carteira de Identidade nº xxxxxx, expedida pela SSP/XX, e do CPF nº xxxxxx, residente e domiciliado em Cidade, Estado, doravante designado **CAU/BR**;

II- CREDENCIADA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº xxxxxx, com sede no xxxxxx, em Cidade, Estado, CEP xxxxxx, representada pelo Cargo, **NOMEAR**, nacionalidade, profissão, portador da Cédula de Identidade nº xxxxxx, expedida pela SSP/XX, e do CPF nº xxxxxx, residente e domiciliado em Cidade, Estado, doravante designada **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;

RESOLVEM, tendo em vista o resultado do Edital de Credenciamento nº 1/2013, celebrar o presente Termo de Acordo, na forma e nas condições a seguir descritas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO FUNDAMENTO LEGAL

1.1. O presente Termo de Acordo é firmado com amparo no resultado do Edital de Credenciamento nº 1/2013, sendo homologado por despacho de dd de mm de 2013, do Presidente do CAU/BR, ficando todos os atos fazendo parte integrante do presente instrumento independente de transcrição e para todos os fins de direito.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O presente Termo de Acordo tem por objeto a disponibilização, por intermédio de Administradora de Benefícios devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão aos arquitetos e urbanistas devidamente registrados nos Conselhos de Arquitetura e Urbanismo dos Estados ou do Distrito Federal (CAU/UF) e seus familiares, conforme especificações constantes do Termo de Referência.

2.2. As demais disposições quanto ao objeto encontram-se descritas detalhadamente no Termo de Referência que, conforme Cláusula Oitava deste Termo de Acordo, é parte integrante deste instrumento como se transcrito estivesse e para todos os fins de direito.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1. O presente Termo de Acordo vigorará pelo período de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, em comum acordo entre os partícipes e desde que verificadas vantagens, 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, de 21 de junho de 1993.



CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

4.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros para a avença objeto deste Termo de Acordo, tendo em vista que não haverá qualquer transferência ou repasse de recursos por parte do CAU/BR às Administradoras de Benefícios credenciadas, tampouco às operadoras de planos privados de saúde a elas vinculadas, considerando-se que o pagamento das mensalidades do plano de saúde será de responsabilidade exclusiva do beneficiário, sem qualquer responsabilidade do CAU/BR quanto ao adimplemento de tais parcelas.

CLÁUSULA QUINTA – DA DENÚNCIA

5.1. Este Termo de Acordo poderá ser denunciado de pleno direito, a qualquer tempo, ante os seguintes motivos:

5.1.1. Superveniência de norma legal que o torne material ou formalmente inexecutável;

5.1.2. Na ocorrência de caso fortuito ou força maior;

5.1.3. Descumprimento parcial ou total de suas cláusulas, desde que caracterizada a inexistência de conveniência e oportunidade em sua continuidade.

5.2. A denúncia deverá ser efetivada com antecedência de 90 (noventa) dias, obrigando-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o período de deferimento desta.

5.2.1. O denunciante deverá protocolar no CAU/BR, no prazo descrito no item 5.2, as razões da denúncia do Termo de Acordo, com todos os elementos necessários a sua caracterização.

5.2.2. A denúncia somente produzirá efeitos a partir da comunicação formal do CAU/BR ao denunciante, após análise e emissão de parecer conclusivo pelo deferimento da denúncia apresentada.

5.3. Não se aplica o disposto no item 5.2 quando o desfazimento do Termo de Acordo estiver fundado em irregularidade grave praticada pela Administradora de Benefícios credenciada, observado o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA SEXTA – DA CESSÃO E TRANSFERÊNCIA

6.1. É vedada a cessão ou transferência total ou parcial dos direitos e/ou obrigações inerentes ao presente Termo de Acordo, por quaisquer das partes, sem prévia e expressa autorização da outra.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA TOLERÂNCIA/NOVAÇÃO

7.1. A tolerância não enseja em novação, sendo que qualquer alteração, por mais simples que seja, deverá ser feita obrigatoriamente por ajuste escrito entre as partes.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS

8.1. São partes integrantes deste Termo de Acordo, independente de transcrições ou referências, todo o conteúdo do Processo GT-XX/2012, em cujos autos foi promovido o Credenciamento, especialmente o Termo de Referência, o Edital e documentos apresentados pelas credenciadas.

8.2. Os partícipes observarão as disposições constantes do Termo de Referência, em especial os capítulos que tratam do objeto (capítulo 1), da inclusão e reinclusão nos planos (capítulo 3), do desligamento do plano de assistência à saúde (capítulo 4), da portabilidade (capítulo 5), dos benefícios (capítulo 6), das urgências e emergências (capítulo 7), da remoção (capítulo 8), das acomodações (capítulo 9), da



rede credenciada (capítulo 10), das obrigações da administradora de benefícios (capítulo 11), das obrigações das operadoras (capítulo 12), das obrigações do CAU/BR (capítulo 13), da sanção administrativa e do descredenciamento (capítulo 17), do acompanhamento da execução dos serviços prestados aos beneficiários (capítulo 18), das disposições gerais (capítulo 19).

CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. O presente Termo de Acordo é subscrito pelo CAU/BR em caráter de não exclusividade.

9.2. O procedimento licitatório não foi realizado em razão de inexistir desembolso de recursos públicos e, ainda, pelo fato de ser permitida a participação de todo e qualquer interessado que satisfaça às condições mínimas exigidas em edital.

9.3. O CAU/BR reserva-se o direito de avaliar, a qualquer tempo, se o valor cobrado a título de mensalidade dos beneficiários relativo a determinado plano está compatível com as reais condições de mercado e necessariamente inferior ao respectivo plano individual, acaso existente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10.1. O foro competente para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo de Acordo, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, é o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.

E por estarem acordes os partícipes, por seus representantes legais, firmam o presente Termo de Acordo em duas vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença das testemunhas identificadas.

Brasília (DF), dd de mm de 2013.

CAU/BR

HAROLDO PINHEIRO VILLAR DE QUEIROZ

Presidente

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

(representante legal)

Testemunhas:

Nome:

Nome:

CPF:

CPF: