ANEXO II PROJETO BÁSICO

1. DO OBJETO

1.1. Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, visando à disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento, 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, além de plano odontológico, em caráter facultativo, a ser prestada aos profissionais Arquitetos(as) e Urbanistas com registro ativo no Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Minas Gerais (CAU/MG), adimplentes com suas anuidades e domiciliados em Minas Gerais, bem como seus respectivos dependentes (conjuntamente designados "Beneficiários do CAU/MG"), na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, e demais normas regulamentares aplicáveis à espécie, conforme especificações técnicas constantes do Projeto Básico **Anexo II** deste Edital.

2.1. A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA assegurará aos profissionais Arquitetos(as) e Urbanistas regularmente registrados no Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Minas Gerais (CAU/MG), adimplentes com suas anuidades e domiciliados em Minas Gerais, bem como seus respectivos dependentes, por meio do contrato estipulado, os serviços descritos neste Projeto Básico – Anexo II, compreendendo todo Rol de Procedimentos Médicos, constantes na Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017 e anexos, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como aqueles acrescentados por legislação posterior, os quais serão prestados nos consultórios dos médicos credenciados, em hospitais, ambulatórios e laboratórios, dentro da rede própria ou credenciada das operadoras de plano de assistência à saúde com as quais a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA possui contrato estipulado.

2.2. A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA ofertará, pelo menos, uma, algumas ou todas as seguintes modalidades de planos de assistência à saúde regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem prejuízo da oferta opcional de planos nacionais e/ou odontológicos:

2.2.1. Plano com segmentação Médico-Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em quarto coletivo, com fator moderador de coparticipação e com região de abrangência geográfica, contendo, no mínimo, grupo de municípios no Estado de Minas Gerais;

2.2.2. Plano com segmentação Médico-Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em quarto individual, com fator moderador de coparticipação e com região de abrangência geográfica, contendo, no mínimo, grupo de municípios no Estado de Minas Gerais;

2.2.3. Plano com segmentação Médico-Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em quarto coletivo, sem fator moderador e com região de abrangência geográfica, contendo, no mínimo, grupo de municípios no Estado de Minas Gerais;

2.2.4. Plano com segmentação Médico-Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em quarto individual, sem fator moderador e com região de abrangência geográfica, contendo, no mínimo, grupo de municípios no Estado de Minas Gerais.

3.1. A abrangência geográfica dos serviços de assistência à saúde deverá conter, no mínimo, grupo de municípios no Estado de Minas Gerais (MG), devendo a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA disponibilizar planos com atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional.

3.1.1. Urgência: atendimentos decorrentes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional;

3.1.2. Emergência: atendimentos em casos que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para paciente, caracterizado em declaração o médico assistente.

4.1. No(s) plano(s) privado(s) de assistência à saúde ofertados por meio do contrato estipulado aos profissionais com registro ativo, adimplentes com o Conselho, domiciliados em Minas Gerais e respectivos dependentes, para a utilização dos serviços descritos neste Termo, os beneficiários terão acesso a toda a rede própria ou credenciada das operadoras ofertadas, pela abrangência do plano, conforme contratação específica optada pelos profissionais registrados no CAU/MG.

4.2. Na hipótese de internações, os beneficiários terão direito a utilização de apartamento padrão (quarto individual com banheiro privativo e acomodação para acompanhante) ou em instalação coletiva (enfermaria), de acordo com a opção do associado quando da sua inscrição no plano de saúde. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

4.3. Quando da utilização da rede dos planos, os beneficiários serão atendidos mediante a apresentação da carteira de identificação, a ser fornecida gratuitamente pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA, a cada um dos beneficiários e seus dependentes.

4.4. O CAU/MG se reserva no direito de diligenciar para verificar a veracidade das informações e declarações fornecidas por parte da Administradora.

4.5. Caso as operadoras que possuem contrato com a Administradora de Benefícios alterem a estrutura da rede própria ou credenciada dos planos ofertados, deverão ser observados os dispositivos contidos nos artigos 17 e 18 da Lei nº 9.656/98 e suas posteriores alterações e normativos afins do ANS.

4.6. As modificações efetuadas deverão guardar similaridade tanto quantitativa quanto qualitativa.

4.7. Para utilizarem os serviços acobertados pelo(s) plano(s) privado(s) de assistência à saúde de que trata este Termo, os beneficiários poderão se dirigir diretamente à rede própria ou credenciada do(s) plano(s), apresentando a carteira de identificação fornecida e documento de identidade ou outro equivalente, sem necessidade de guia previamente autorizada, salvo nos casos de internação eletiva e de exames especiais, assim considerados aqueles de maior complexidade técnica e custo elevado, a serem autorizados pela(s)operadora(s) de plano de assistência à saúde ofertada(s) pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA.

4.8. A autorização para a realização de exames especiais deverá ser fornecida por telefone e meio eletrônico, em um prazo de referência à Resolução Normativa RN nº 259/2011

ou normativo que venha substituí-lo, de modo a não causar transtornos aos beneficiários.

4.9. A autorização para internação obedecerá aos critérios definidos pela Operadora de Planos de Saúde ofertada pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA, que se obriga a informar aos beneficiários como proceder, através de comunicação escrita, via endereço na *web* ou serviço de atendimento telefônico.

4.10. Nas internações de urgência e/ou emergência, o beneficiário escolherá o hospital na rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada e terá 72 (setenta e duas) horas para solicitar a "Guia de Internação".

4.11. No caso dos planos com região de abrangência geográfica grupo de municípios ou estadual, previstos neste Edital, nas internações de urgência e/ou emergência ocorridas fora do estado de cobertura, o beneficiário terá direito de utilizar toda a rede credenciada da operadora à qual o registro do produto estiver vinculado.

4.12. Caso a(s) operadora(s) que possuem contrato com a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA também adote(m) procedimentos mais simplificados de autorização para internações, será assegurada a preferência por sua implementação no contrato a ser pactuado com o CAU/MG.

4.13. Será admitida a presença dos beneficiários para a realização de perícias médicas em cirurgias e em procedimentos ambulatoriais eletivos, conforme critérios da Operadora de Planos de Saúde ofertada pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA.

4.14. Se o beneficiário, em caso de urgência e/ou emergência, comprovadas por médico credenciado, não conseguir utilizar-se dos serviços contratados, na rede própria ou credenciada dos planos, poderá realizar o atendimento na condição de cliente particular, possuindo o Beneficiário direito ao reembolso integral dos gastos realizados, no prazo máximo de 30(trinta) dias, a contar da apresentação dos recibos do pagamento efetuado pela Operadora.

4.15. Observados os critérios estipulados no(s) Regulamento(s) ou Condições Gerais do(s) Plano(s), o reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da protocolização do pedido e da entrega da documentação, respeitando o constante no art. 12, VI da Lei 9.656/98 em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1ª desta Lei, salvo nos casos de urgência e emergência, que deverá ser observado o **item 4.14**.

4.16. No caso dos planos com região de abrangência geográfica grupo de municípios ou estadual, previstos neste Edital, para o atendimento nos casos de urgência e emergência fora da abrangência do(s) plano(s) de cobertura eletiva, sendo considerados como urgência os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e como emergência os atendimentos em casos que impliquem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados ou próprios, poderá haver subcontratação dos serviços.

5.1. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área de abrangência dos Planos ofertados, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS, em quantidade e em distribuição compatível com as necessidades da

população assistida, e em exata consonância com a rede informada à ANS quando do registro do produto.

5.2. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta durante toda a vigência do Termo de Credenciamento.

5.3. 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 (enfermaria ou apartamento).

5.4. Na hipótese de o 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.

5.5. A Administradora de Benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Projeto Básico, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos aqui exigidos.

6.1. Serão aceitos como beneficiários para fins do contrato a ser celebrado:

I. Arquiteto(a) e Urbanista:
- a) Profissionais Arquitetos(as) e Urbanistas com registro ativo no Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Minas Gerais (CAU/MG), adimplentes com suas anuidades e domiciliados em Minas Gerais.

II. Dependente do Titular:
- a) O cônjuge;
- b) O(a) companheiro(a), assim considerado quando houver união estável, caracterizada nos termos do Código Civil brasileiro, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) O(s) filho(s) ou enteado(s) solteiros com até 24 (vinte e quatro) anos completos, se estudantes;
- d) O(s) filho(s) inválido(s) de qualquer idade;
- e) Menor de idade sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular.

6.2. Sem prejuízo do disposto no item anterior, fica facultado à Administradora estender o rol de Dependentes elegíveis, bem como prever, facultativamente, a possibilidade de inscrição de filhos de qualquer idade, netos, bisnetos, genros, noras e ex-cônjuges, nos termos do regulamento ou condições gerais do Plano de Saúde ofertado.

6.3. Faixas etárias e quantitativos (público alvo estimado):

NÚMERO ESTIMADO DE VIDAS ASSOCIADAS AO CAU/MG PARA O ESTADO DE MG

Faixa Etária	**Nº ESTIMADO do Público Alvo**
Até 18	0
19 - 23	264
24 - 28	3898
29 - 33	3201

34 - 38	2257
39 - 43	2103
44 - 48	1343
49 - 53	842
54 -58	669
59 +	1358
Total Geral	**15935**

Tabela 1 – Número de profissionais por faixa etária
Fonte: Sistema de Informação e Comunicação do Conselho de Arquitetura e Urbanismo (SICCAU).
Acesso: 27/08/2020.

6.4. Informa-se, ainda, que o registro estimado de novos profissionais no CAU/MG nos próximos 12 (doze) meses é de aproximadamente 1.800 (mil e oitocentos) vidas, podendo tornarem-se potenciais beneficários dos planos de saúde ora contratos.

6.5. Da Identificação dos Beneficiários:

6.5.1. A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA deverá fornecer gratuitamente as carteiras de Identificação acima referidas, de forma personalizada, as quais serão usadas exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo Programa de Assistência Médica.

6.5.2. A Carteira de Identificação deverá ser devolvida pelo beneficiário no ato de sua solicitação de exclusão do Plano, ou no dia útil seguinte àquele do término de sua cobertura pelo plano de saúde.

6.5.3. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da Carteira de Identificação, durante o período em que permanecer cadastrado no Plano, e após a sua exclusão, serão única e exclusivamente de responsabilidade do beneficiário.

6.5.4. Em caso de extravio, o beneficiário se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados após a comunicação do evento à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA.

7.1. A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA.

7.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Edital.

7.3. A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA não poderá impor limitações de idade e quaisquer carências para os beneficiários, bem como para os posteriormente incluídos, desde que a inclusão se faça dentro do período de 30 (trinta) dias contados a partir do início da relação jurídica entre o CAU/MG e Administradora (associação, casamento, verificação da união estável através de documento hábil, registro do nascimento, adoção, etc).

7.4. A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA, a cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, deverá permitir a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que o

beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias de aniversário do contrato coletivo, considerando o disposto no art. 11 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 e suas posteriores alterações.

7.5. Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos e inativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos nos Planos de Saúde, ficando, neste caso, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o Dependente estará sujeito ao cumprimento da carência previsto neste Edital.

7.6. Caso a inclusão se dê fora do período regulamentar, a CONTRATADA poderá exigir o cumprimento das carências constantes do registro do produto, conforme instruções abaixo:

I. 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos caracterizados como urgência ou emergência, nos termos definidos no presente Regulamento;
II. 30 (trinta) dias para as consultas, exames de diagnósticos e procedimentos ambulatoriais que não necessitem de autorização prévia;
III. 300 (trezentos) dias para partos a termo;
IV. 180 (cento e oitenta) dias para as internações e os demais casos previstos neste edital, bem como para novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, incluindo o fornecimento de medicamentos anti-neoplásicos orais para uso domiciliar.

7.7. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Associado não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. O direito de atendimento aos Associados dos serviços previstos neste instrumento serão prestados após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998.

7.8. Nos termos do artigo 12 da Resolução Normativa 195/09 da ANS, será permitida a imposição de agravo ou a imputação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), devendo a cláusula de agravo constar do Regulamento ou condições gerais do Plano de Saúde ofertado, devendo, ainda, ser observadas todas as normas legais e regulamentares que regem a aplicação da CPT.

7.9. Os titulares serão excluídos do Plano de Saúde, nos seguintes casos:

I. o(a) profissional Arquiteto(a) e Urbanista que tenha registro profissional no CAU/MG cancelado.
II. em caso de fraude, tentativa de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
III. em caso de inadimplência em face das contribuições mensais e/ou valores de coparticipação suportados em função de sua inscrição, bem como da inscrição de seus Dependentes. Será facultada a suspensão do Plano, nos primeiros 10 (dez) dias de inadimplência, bem como o cancelamento do Plano, após decorridos 30 (trinta) dias de inadimplência, podendo a Administradora aplicar regra diversa, desde que respeitados estes prazos mínimos.

7.10. Os dependentes serão excluídos do Plano de Saúde, nos seguintes casos:

I. o(a) profissional Arquiteto(a) e Urbanista que tenha registro profissional no

CAU/MG cancelado.

II. Pelo falecimento do Titular ao qual esteja vinculado;
III. Pela perda da qualidade de Dependente;
IV. Em caso de fraude, tentativa de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
V. A pedido do Titular, desde que a manutenção da sua inscrição não seja obrigatória judicialmente;
VI. Em caso de inadimplência do Responsável Financeiro em face das contribuições mensais e/ou valores de coparticipação suportados em função de sua inscrição, bem como da inscrição dos demais Dependentes vinculados no PLANO.

7.11. O CAU/MG fica autorizado a qualquer momento solicitar à Administradora de Benefícios a suspensão ou exclusão de profissionais que estejam com registro inativo, seja interrompido ou suspenso, inscritos em divida ativa, conforme artigo 18, da Resolução Normativa 195/09 da ANS.

8.1. Do Reajuste:

8.1.1. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, o valor da mensalidade e de quaisquer outros valores devidos à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA serão reajustados anualmente, no máximo pelo percentual obtido através da seguinte fórmula:

Reajuste = (1 + Máximo (0;RT)) x (1 + RF) – 1

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): será calculado pela aplicação de índice de preços ao consumidor ou índices gerais de preços, de ampla divulgação, calculados por institutos ou fundações de reconhecida credibilidade (IPCA, IPCA-15, INPC, IGP-10, IGPM-IGPDI, apurados respectivamente pelo IBGE ou FGV, ou VCMH medido pelo IESS), acumulada nos últimos 12 meses em relação ao aniversário do contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade do contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

RT = S/Sm – 1

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de_____% (___por cento).

8.1.2. A Meta de Sinistralidade prevista no contrato não poderá ser inferior ao percentual de 70% (setenta por cento), devidamente comprovadas pela Administradora de Benefícios mediante apresentação de documentação idônea produzida pela Operadora de Planos de saúde.

8.2. Os reajustes anuais deverão ser calculados considerando apenas os beneficiários registrados e adimplentes com o CAU/MG, sendo vedada por este Edital a aplicação de reajustes apurados sobre a sinistralidade de outros produtos/contratos;

8.3. A data-base de reajuste do(s) plano(s) ofertado(s) aos profissionais registrados no CAU/MG será aquela referente à assinatura do Termo de Credenciamento, previsto no **Anexo IV** deste Edital.

8.4. Os reajustes de sinistralidade deverão ser comprovados pela operadora, mediante a apresentação de carta firmada por seus representantes legais, contendo, sob as penas da lei, a sinistralidade verificada no período de 12 (doze) meses anteriores e o índice de reajuste necessário à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Plano, e deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o CAU/MG. O procedimento de verificação/comprovação da sinistralidade observará as normas ético-médicas que regulam o sigilo médico.

9.1. O CAU/MG tem as seguintes atribuições:

a) Informar à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA toda e qualquer modificação no vínculo do beneficiário com o Conselho, para que a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA possa promover a movimentação cadastral perante a operadora de planos de saúde;
b) Responder os questionamentos e consultas formuladas pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA quanto à regularidade do registro dos profissionais;
c) Responsabilizar-se pela veracidade das informações prestadas;
d) Fornecer a comprovação de sua legitimidade para a contratação de planos coletivos;
e) Assegurar aos profissionais registrados no CAU, o conhecimento das informações e condições previstas neste contrato;
f) Oportunizar a disponibilização de *stands* para divulgação dos planos de assistência à saúde que serão ofertados aos profissionais registrados nos eventos promovidos pelo CAU/MG;
g) Oportunizar a divulgação em seu sítio eletrônico de todos os planos ofertados pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA de benefícios aos seus profissionais registrados;
h) Enviar à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA todo e qualquer documento e/ou comunicação elaborados pelos profissionais registrados no CAU, relacionados ao plano de assistência à saúde e prestação de serviços objeto deste credenciamento; e
i) Solicitar à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA a propositura de solução de dúvidas ou deficiências com relação à prestação de serviços contratados pelos profissionais registrados no CAU/MG, concedendo-lhes prazos razoáveis para resposta.

9.2. Caberá à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA:

a) Contratar o plano de saúde coletivo por adesão na condição de estipulante, visando à oferta da assistência a ser prestada aos profissionais registrados no CAU/MG;
b) Informar o CAU/MG a respeito de todas as avenças celebradas com as operadoras de planos de saúde para a oferta da assistência mencionada nesta avença;

c) Responsabilizar-se pela inadimplência perante a operadora, cabendo-lhe constituir as garantias financeiras e ativos garantidores exigidos pela ANS;
d) Disponibilizar aos Beneficiários, sempre que requisitado, as informações relativas ao plano de saúde;
e) Proceder à movimentação cadastral dos beneficiários perante a operadora de planos de saúde;
f) Promover, divulgar e implementar quaisquer outras ações, em condições acertadas com o CAU/MG, destinadas a incentivar a adesão dos profissionais registrados no CAU/MG ao plano de saúde relacionado a esta avença;
g) Respeitar a integralidade desta avença;
h) Sempre que solicitado pelo CAU/MG, por intermédio de seu responsável designado, a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA deverá, tempestivamente, fornecer todos os dados cadastrais de seus associados vinculados aos planos de assistência à saúde.
i) Cumprir todas as exigências contidas neste Edital, sempre em consonância com a legislação pertinente;
j) Enviar, sempre que solicitado pelo responsável designado pelo CAU/MG, o valor acumulado das despesas com assistências dos profissionais registrados no CAU/MG, agrupado por faixa etária, de forma a possibilitar que seja apurada a sinistralidade indicada pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA, no momento da divulgação do reajuste dos planos.
k) Satisfazer e aceitar todas as exigências do Edital e seus anexos do Processo Administrativo n.º 0052/2020, cumprindo todas as exigências contidas neste Edital e nos documentos referidos, sempre em consonância com a legislação pertinente;
l) 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 n° 259, de 17 de junho de 2011, da ANS;
m) Executar fielmente o objeto deste contrato, comunicando verbal e imediatamente, ao (à) Fiscal do Contrato, todas as ocorrências anormais verificadas na execução do instrumento e, no menor espaço de tempo possível, reduzir a termo a comunicação, acrescentando todos os dados e circunstâncias julgadas necessárias ao esclarecimento dos fatos.
n) Informar ao CAU/MG, no ato da assinatura do contrato e sempre que houver alteração, nome, endereço e telefone do responsável a quem devem ser dirigidos os pedidos, comunicações e reclamações por parte do CAU/MG.
o) Proporcionar a imediata correção das deficiências apontadas pelo CAU/MG quanto à execução dos serviços contratados.
p) Dar atendimento aos procedimentos de contratação e manutenção para os Beneficiários vigentes e novas contratações, aí incluídas as movimentações mensais de Beneficiários.
q) Suprir os procedimentos de emissão de documentos de cobrança e gestão de recebimentos.
r) Cumprir procedimentos de conferência e quitação financeira das faturas emitidas pelas Operadoras, relativas aos contratos referentes aos Planos abrangidos por este Contrato Administrativo.
s) Acompanhar a evolução dos Planos durante a vigência, avaliando periodicamente o seu resultado técnico, visando orientar os procedimentos de gestão e de comunicação com os Beneficiários, assim como cuidar dos procedimentos de renovação dos Planos com as respectivas Operadoras.
t) Prestar orientação e suporte aos procedimentos de contratação ou ingresso de Beneficiários nos Planos, cuidando para que estes recebam previamente o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual estabelecidos pela RN n° 195 da ANS, fornecidos pelas Operadoras e,

havendo dúvidas ou demanda de esclarecimentos manifestadas, auxiliar na sua solução.

u) Executar os procedimentos de movimentação dos Beneficiários dos Planos administrados, caracterizados por inclusões, exclusões e ajustes para Beneficiários titulares e dependentes, prestando esclarecimentos e orientações necessários.

v) A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA, no cumprimento das obrigações de cobrança, acompanhamento dos recebimentos, conferência e quitação de faturas dos planos perante as Operadoras, será responsável por:

1) executar os procedimentos de emissão de documentos de cobrança bancária em nome dos Beneficiários titulares vigentes nos Planos, com os valores correspondentes às contraprestações de Beneficiários titulares e dependentes, providenciando para que tais documentos cheguem a seus destinatários, por meio físico ou eletrônico, com prazo anterior à sua data de vencimento;
2) acompanhar e controlar os pagamentos efetuados pelos responsáveis, notificando Beneficiários titulares inadimplentes perante suas obrigações, bem como sobre a iminência de cancelamentos por inadimplência;
3) responsabilizar-se pela gestão dos recursos financeiros arrecadados e por sua utilização para quitar, nos respectivos vencimentos, as faturas correspondentes à cobertura dos Planos, emitidas pelas Operadoras.

w) Na hipótese do número 1, se o prazo não puder ser observado por circunstâncias alheias à vontade da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA, o vencimento dos documentos de cobrança bancária será prorrogado.

x) Assumir responsabilidades pelos aspectos administrativos, financeiros e operacionais relacionados aos planos de assistência à saúde, decorrentes da prestação de serviços objeto deste credenciamento.

y) Oportunizar ao CAU/MG a atribuição de auxiliar, discutir e recomendar, junto às operadoras, os reajustes de preços dos planos e outras propostas relacionadas aos planos de assistência à saúde, participando de reuniões e outras formalidades.

z) Apresentar, em caso de alterações ou sempre que solicitado pelo CAU/MG, as documentações relacionadas à regularidade jurídica, fiscal, econômico financeira e técnica descritas neste Edital de Credenciamento.

10.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93. Juntamente com as renovações contratuais, deverão ser renovadas nas mesmas condições iniciais a garantia à execução do contrato, incluindo autorização do Plenário do CAU/MG.

11.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do CAU/MG, 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 profissional registrado no CAU/MG e não haverá qualquer repasse ou responsabilidade financeira pelo CAU/MG na contratação.

12.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas

complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação em vigor.

12.2. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Credenciamento, central de atendimento telefônico aos profissionais registrados no CAU/MG, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

12.3. No ato do atendimento, o profissional deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da Administradora ou da Operadoras de Plano de Saúde, contratada pelas Administradoras de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde.

12.4. O(s) plano(s) de saúde apresentados pela Administradora de Benefícios, que não tiverem seu registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ainda efetivado(s), terão o prazo de 30 (trinta) dias para sua efetivação, a contar da publicação do resultado final do credenciamento, sob pena de rescisão do referido edital.