



Agência Brasileira de Inteligência
Direção-Geral
Secretaria de Planejamento e Gestão
Departamento de Gestão de Pessoas
Coordenação-Geral de Gestão Estratégica de Pessoas
Coordenação de Desenvolvimento e Inovação em Gestão de Pessoas

ANEXO

1. DAS DENOMINAÇÕES

1.1. Para a presente contratação, considera-se:

1.1.1. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIO: empresa, **com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, representante de Operadoras de Planos de Saúde de assistência médica ou odontológica, que atuará como intermediadora no oferecimento de planos coletivos empresariais, por adesão, devendo disponibilizar no mínimo 1 (um) operadora de serviços de assistência médico-hospitalar e 1 (uma) operadora de assistência à saúde odontológica.

1.1.2. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE: empresa **com registro na ANS**, habilitada a oferecer e operar planos de saúde, sendo responsável pela prestação de serviços de assistência médico-hospitalar ou odontológica.

1.1.3. USUÁRIOS: os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários, titulares, dependentes e pensionistas.

1.1.4. BENEFICIÁRIO TITULAR: servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, os de cargos de natureza especial e os de cargos comissionados da ABIN.

1.1.5. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e neste plano de trabalho.

1.1.6. NÚMERO DE VIDAS: total de pessoas de determinado plano de saúde incluindo beneficiários titulares e dependentes.

1.1.7. PENSIONISTA: beneficiário de pensão instituída pela ABIN, na forma regulamentada pela legislação vigente.

1.1.8. AGREGADO: pessoa vinculada ao titular, na qualidade de parente, que não atende à condição de dependente.

1.1.9. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO: valor a ser estabelecido para pagamento, na forma indicada no ato da adesão, referente à participação no custo do plano de saúde dos servidores, seus dependentes e pensionistas da ABIN.

1.1.10. AUXÍLIO SAÚDE: valor previsto na Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME N° 97, de 26 de dezembro de 2022, que será consignado no contracheque do titular do benefício, na forma de ressarcimento, mediante requerimento, com o atendimento das condições para habilitação.

- 1.1.11. REDE CREDENCIADA: hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde pelas Operadoras de Plano de Saúde.
- 1.1.12. ABRANGÊNCIA DA REDE: localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios oferecem rede credenciada.
- 1.1.13. TIPOS DE PLANOS: planos de saúde, com modalidades diversas e diferenciação em coparticipação, coberturas, acomodações e outras.
- 1.1.14. PLANO BÁSICO: plano ambulatorial e hospitalar, com acomodação em enfermaria.
- 1.1.15. PLANO ESPECIAL: plano que inclui, além dos itens do plano básico, acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho, conforme condições da legislação em vigor.
- 1.1.16. UTI MÓVEL: prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, na forma disciplinada na ANS.
- 1.1.17. REMOÇÃO: deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, de acordo com a Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022, visando garantir os prazos máximos para o atendimento.
- 1.1.18. TERMO DE ADESÃO: documento de contratação do plano de assistência à saúde, firmado entre o beneficiário titular e a Administradora de Benefícios.
- 1.1.19. COPARTICIPAÇÃO: é o valor que o beneficiário pagará para a realização de um procedimento ou evento, conforme regulamentação da ANS e hipóteses contratualmente previstas.
- 1.1.20. AUTOPATROCINADO: beneficiários agregados ao plano de saúde do servidor titular que não recebem o auxílio saúde.

2. DOS BENEFICIÁRIOS

- 2.1. São considerados beneficiários titulares os servidores ativos e inativos da ABIN, os servidores de cargo de natureza especial e os servidores ocupante de cargos em comissão, com ou sem vínculo com a Administração Pública Federal, os empregados públicos e os pensionistas.
- 2.1.1. No caso dos pensionistas, somente será assegurado o direito à inclusão no Plano de Assistência à Saúde o beneficiário que já configure como dependente no plano de saúde do servidor antes da data do falecimento.
- 2.2. São considerados beneficiários dependentes:
- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
 - b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
 - c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
 - d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
 - e) os filhos e enteados, 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; e
 - f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto

nas alíneas "d" e "e".

g) a existência do dependente constante nos itens "a" e "b" inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante no item "c".

2.3. Poderão ser inscritos como agregados nos planos de saúde, a qualquer tempo, os seguintes familiares:

- a) mãe e madrasta;
- b) pai e padrasto;
- c) avó e avô;
- d) neto e neta;
- e) sogro e sogra;
- f) genro e nora;
- g) irmão e irmã;
- h) sobrinho e sobrinha; e
- i) filhos e enteados que não atendem aos critérios da alínea "e" do item 2.2.

2.4. Não será devida contribuição do auxílio saúde suplementar a os beneficiários agregados de que trata o item 2.3.

3. DO AUXÍLIO SAÚDE

3.1. Os servidores ativos e inativos, empregados públicos, os pensionistas, os ocupantes de cargos de natureza especial e comissionados da ABIN, titulares de plano de saúde particular, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, desde que comprovem as condições exigíveis para a concessão do benefício, conforme Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022 ou outra norma que vier substituí-la.

3.2. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício, que será pago conforme o estabelecido na Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022.

3.3. A comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita conforme estabelecido na Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022.

4. CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

4.1. Caso o plano contratado possua coparticipação financeira nos custeios dos serviços, o beneficiário pagará pelo uso dos eventos no percentual definido pela Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, respeitada a regulamentação da ANS.

4.2. A participação no custo dos serviços utilizados deverá ser cobrada mediante débito em conta corrente ou título de cobrança bancária ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança.

4.3. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

5. DA ADESAO E DO RETORNO AOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pela Administradora de Benefícios os servidores ativos e inativos da ABIN, inclusive os ocupantes de cargos de natureza especial e cargos comissionados, com ou sem vínculo com a Administração Pública Federal, os empregados públicos e os pensionistas.

- 5.2. A administradora de benefícios figurará na condição de estipulante, situação formalizada mediante acordo de parceria gratuita, não gerando nenhuma obrigação pecuniária ou de qualquer outra natureza que signifique desembolso ou emprego de recursos públicos.
- 5.3. É voluntária a adesão e o cancelamento de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde contratado por meio da Administradora nas condições deste Projeto.
- 5.4. A Administradora de benefícios **deverá oferecer planos com isenção de carência** para adesões realizadas em até 30 (trinta) dias, contados da formalização do termo de parceria. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS.
- 5.5. A Administradora de benefícios garantirá ao servidor da ABIN, **em missão no exterior, o prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos**, contado da data do seu retorno, para optar pelo ingresso/retorno na operadora, dentre aquelas vinculadas à Administradora, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS.
- 5.6. Os pensionistas que já figuravam como dependentes no plano de saúde do servidor falecido disporão do prazo de 30 (trinta) dias, contados da formalização do termo de parceria, para fazerem a adesão com isenção de carência. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas, conforme regulamentação da ANS.
- 5.7. Os pensionistas e demais beneficiários de titular falecido durante a vigência do contrato de plano de saúde poderão permanecer nessa condição desde que façam a opção por continuar como beneficiários junto à Administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato pela ABIN.
- 5.8. Os beneficiários de Plano de Assistência à Saúde não serão excluídos com a aposentadoria, salvo se o solicitarem expressamente, o que implicará na exclusão também de seus dependentes.
- 5.9. Os beneficiários empregados públicos ativos da ABIN poderão aderir ao plano de saúde, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício com o órgão da patrocinador.
- 5.10. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos da ABIN, por casamento, nascimento, adoção, guarda ou reconhecimento de paternidade, terão o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado Plano, sob pena do cumprimento de carência, conforme regulamentação da ANS.
- 5.11. Fica sujeito ao cumprimento de carência o retorno de beneficiários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada voluntariamente ou tenha se dado por motivo de inadimplência.
- 5.12. 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.
- 5.13. A solicitação de inscrição de beneficiários no Plano de Assistência poderá ser efetuada a qualquer dia do mês, sendo considerado para o início da cobertura assistencial e da contagem dos períodos de carência a data da entrega do formulário de ingresso no plano de saúde para a operadora.
- 5.14. Caberá ao beneficiário titular a apresentação de documentos que comprovem o vínculo com a ABIN, a relação de dependentes e outros documentos que forem solicitados pela Administradora de Benefícios no ato da contratação.
- 5.15. A solicitação de exclusão de beneficiário do Plano de Assistência à Saúde poderá ocorrer a qualquer tempo a pedido do titular do plano, conforme RN ANS nº 561/2022.
- 5.16. Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que

obedecidas as condições estabelecidas pelas operadoras disponibilizadas pelas Administradoras.

6. DO CANCELAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

6.1. A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

6.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, §3º, da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 16 de maio de 2006.

6.3. A Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do plano de saúde dos agentes públicos ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas da ABIN, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

6.4. O servidor que mantiver o recolhimento mensal de sua respectiva contribuição ao Plano de Seguridade Social do Servidor Público, nos termos do §3º do art. 183 da Lei 8.112, de 1990, fará jus ao benefício de que trata o art. 2º, V, da Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022.

6.5. É de responsabilidade dos servidores ativos e inativos da ABIN solicitar, formalmente, à Coordenação de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho a exclusão de seus dependentes, quando cessadas as condições de dependência.

6.6. Os servidores ativos e inativos da ABIN excluídos do Plano de Assistência à Saúde serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, a de seus dependentes e dos demais vinculados, se houver, à Administradora de Benefícios.

6.7. O cancelamento do titular implica no cancelamento de todos os demais beneficiários dependentes.

7. DA CARÊNCIA

7.1. Aos servidores que aderirem aos Planos de Assistência à Saúde no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do início da vigência da Administradora de Benefícios, será oferecida a isenção total de carência.

7.2. São isentos de carências:

- a) o beneficiário que se inscrever no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de início da vigência deste Convênio;
- b) o servidor ou empregado recém-empossado, ocupante de cargo efetivo ou em comissão, ou emprego público, e seus dependentes e grupo familiar, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data do efetivo exercício;
- c) o filho do titular que já tenha cumprido os períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados do parto ou adoção;
- d) o cônjuge ou companheiro (a) do beneficiário titular, que já tenha cumprido os períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo de 60 (sessenta) dias contados do casamento ou da formalização da união;

e) o pensionista que se inscrever no mesmo plano que usufruía à época em que figurava como dependente do titular, desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias contados do falecimento do titular.

7.3. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências definidas abaixo, conforme estabelecido pela ANS:

- a) Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis) - 24 horas;
- b) Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional - 300 (trezentos) dias;
- c) Para consulta e exames de baixa e média complexidade: 30 (trinta) dias; e
- d) Demais situações - 180 (cento e oitenta) dias.

8. **DA PORTABILIDADE**

8.1. A Administradora de Benefícios deverá observar e garantir as regras para portabilidade de carências que se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

9. **DOS BENEFÍCIOS**

9.1. As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão cobrir, no mínimo, os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como na RN nº 465/2021 e/ou normas posteriores.

10. **DAS EXCLUSÕES**

10.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/98 e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11. **DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

11.1. Atendimentos de emergência e urgência conforme descritos a seguir:

11.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo de 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.

11.2. É assegurado atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (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:

11.2.1. 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.

11.2.2. Caberão às operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência visando a continuidade do atendimento.

11.3. Casos omissos neste Plano de Trabalho deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

12. DO REEMBOLSO

12.1. Conforme disposto no tipo de plano contratado, será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com as 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 atendimento;

12.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

12.2. O pagamento de reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

12.3. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradoras de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

12.4. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:

12.4.1. 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;

12.4.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

12.4.5. Para fins de reembolso, o servidor ativo ou inativo e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

12.4.6. Casos omissos neste Plano de Trabalho deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

13. DA REMOÇÃO

13.1. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o 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 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observadas as seguintes situações:

13.3. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

13.4. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber; e

13.5. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura do termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 11.2.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

13.6. Casos omissos neste Plano de Trabalho deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

14. **DAS ACOMODAÇÕES**

14.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

14.2. PLANO BÁSICO: plano ambulatorial e hospitalar, com acomodação em enfermaria.

14.3. PLANO ESPECIAL: compreende o plano básico, mas com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, conforme resolução vigente da ANS.

14.4. 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 médico ou hospital.

14.5. Os planos deverão ser oferecidos nas modalidades com e/ou sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

14.6. A Administradora de Benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Plano de ação outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022, da então Secretaria de Gestão e Desempenho de Pessoal.

14.7. Casos omissos neste Plano de Trabalho deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

15. **REDE CREDENCIADA**

15.1. A rede de atendimento disponibilizada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverá oferecer no mínimo 01 (uma) operadora de assistência médico-hospitalar, com cobertura nacional.

15.2. A Administradora deverá estabelecer, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da assinatura do Acordo de Parceria, um canal de comunicação direto para contato dos servidores deste órgão (por telefone e por e-mail), onde será possível tratar dos assuntos diversos acerca dos planos contratados.

15.3. As operadoras de planos de saúde conveniadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada, podendo ser regionais ou nacionais, de assistência médico-hospitalar contemplando atendimento em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

15.3.1. É obrigatória a apresentação de no mínimo 1 (uma) proposta de plano com cobertura nacional em cada modalidade oferecido por operadora conveniada com rede credenciada de assistência médico-hospitalar contemplando atendimento em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

15.4. Será obrigatório manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, sendo facultada à Administradora de Benefícios, em momento posterior à assinatura do Acordo de Parceria, disponibilizar operadoras e/ou produtos com a finalidade de ampliar o atendimento oferecido.

15.5. Os produtos, médico-hospitalar e odontológico, este, caso ofertado, terão as coberturas previstas conforme rol estabelecido pela ANS.

16. **OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**

16.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

16.1.1. Disponibilizar planos de assistência à saúde complementar na modalidade coletivo empresarial, por adesão, com no mínimo 01 (uma) operadora de serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com cobertura nacional, aos servidores da ABIN, ativos e inativos, empregados públicos, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial, de cargos comissionados com e sem vínculo, e agregados como autopatrocinado, conforme especificações do Plano de Trabalho, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar e terapias de apoio, tais como fisioterapia e psicologia para tratamento das doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde e legislação complementar da ANS.

16.1.2. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à:

16.1.2.1. Negociação de reajuste;

16.1.2.2. Aplicar mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados de assistência à saúde; e

16.1.2.3. Atualizar a rede assistencial sempre que necessário.

16.1.3. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial e odontológico, caso ofertado, junto aos beneficiários;

16.1.4. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Acordo de Parceria, na legislação de saúde suplementar e na proposta de adesão.

16.1.5. Exigir dos beneficiários titulares documento que comprove seu vínculo junto a ABIN e, quanto aos beneficiários dependentes, comprovantes de sua dependência.

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

- 16.1.7. 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.
- 16.1.8. Indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde.
- 16.1.9. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na proposta de adesão, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras.
- 16.1.10. Visando a prestação de contas, a Administradora de Benefícios deverá apresentar, trimestralmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde.
- 16.1.11. Informar, por meio de carta (digital e/ou física), aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 16.1.12. Disponibilizar serviços de atendimento ao usuário da Administradora de Benefícios, sem prejuízo da central de atendimento das operadoras contratadas pela Administradora.
- 16.1.13. Efetuar, quando solicitado, o aproveitamento de carências, conforme legislação em vigor.
- 16.1.14. Efetivar a troca de operadora, dentre as apresentadas pela Administradora de Benefícios em sua proposta, a qualquer tempo, em caso de mudança do local de residência do beneficiário titular para outra localidade em que o plano por ele escolhido não ofereça prestação de serviços equivalentes ao local de residência anterior.
- 16.1.15. Intervir, auxiliar, e negociar em favor dos beneficiários junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde os reajustes dos preços dos planos.
- 16.1.16. Disponibilizar atendimento ao usuário sempre que solicitado.
- 16.1.17. Fornecer a declaração anual de quitação, relacionando os pagamentos mensais e o total aos beneficiários.
- 16.1.18. Comunicar os beneficiários, por meio de carta (digital e/ou física), com antecedência mínima de 30 (trinta) 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, caso estudantes.
- 16.1.19. A Administradora de Benefícios deverá proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a a RN ANS 255/2011.
- 16.1.20. Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico.
- 16.1.21. Entregar Declaração de Sustentabilidade Ambiental, conforme Anexo III.
- 16.1.22. Informar aos beneficiários, por meio de carta (eletrônica e/ou física) ou outro meio de comunicação digital, sobre situações e pendências cadastrais ou financeiras que possam acarretar o cancelamento do plano de saúde contratado.
- 16.1.23. Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.
- 16.1.24. Fornecer, gratuitamente, em conjunto com a operadora, aos usuários do programa de

assistência à saúde manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de assistência médico-hospitalar: hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pela operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos. O referido manual pode ser fornecido de forma virtual/eletrônica, entretanto, caso haja solicitação do beneficiário, deverá ser fornecido de forma impressa.

16.1.25. Prestar apoio, incentivar ou executar, quando solicitado pela ABIN, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para esta instituição.

16.1.26. Manter, durante a vigência do Acordo de Parceria, todas as condições que ensejaram sua contratação, particularmente no que se refere à atualização de documentos e condições exigidas por ocasião da realização de inspeções.

16.1.27. Comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.

16.1.28. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela fiscalização, com os seguintes dados:

- a) Perfil Demográfico da Carteira;
- b) Relatório de Sinistralidade;
- c) Indicadores sobre a utilização;
- d) Beneficiários;
- e) Prestadores;
- f) índices de reajustes aplicados pelas operadoras.

16.1.29. A Administradora de Benefícios deverá encaminhar mensalmente ao órgão a lista de beneficiários inscritos e designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o órgão.

16.1.30. Submeter Termo de Compromisso e Manutenção de Sigilo, à assinatura dos agentes públicos, servidores, empregados, estagiários, bolsistas, colaboradores ou prepostos envolvidos na execução do presente Acordo de Parceria.

16.1.31. Manter sigilo das informações sensíveis (conforme classificação da Lei nº12.527, de 2011-Lei de Acesso à Informação -LAI) obtidas em razão da execução Acordo de Parceria, somente divulgando-as se houver expressa autorização da Administradora de Benefício e da ABIN.

16.2. Poderão ser solicitados relatórios para divulgação pública, garantindo a transparência do Acordo de Parceria, respeitados os sigilos impostos pela legislação.

16.3. A Administradora de Benefícios poderá manter nas dependências da ABIN, em Brasília/DF, posto de apoio para atendimento aos servidores, podendo ser de forma fixa, em dias determinados ou em eventos específicos.

16.4. É vedado a Administradora de Benefícios subcontratar total ou parcial o objeto do Acordo de Parceria.

16.5. A Administradora de Benefícios atuará na condição de estipulante de plano coletivo a ser disponibilizado, assumindo o risco decorrente da inadimplência da beneficiário, conforme regulamentação da ANS.

17. **OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA POR MEIO DE SUAS OPERADORAS**

- 17.1. São obrigações da administradora por meio de suas operadoras:
- 17.2. Caberá às operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Acordo de Parceria, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações e das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021; nº 565, de 16 de dezembro de 2022; nº 515, de 29 de abril de 2022; nº 557, de 14 de dezembro de 2022; da Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022; das orientações e especificações técnicas constantes neste Plano de Trabalho, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados, bem como atualizações posteriores.
- 17.3. Oferecer serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico.
- 17.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.
- 17.5. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados.
- 17.6. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços.
- 17.7. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do programa de assistência à saúde 1ª (primeira) via de carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano aderido pelo beneficiário.
- 17.8. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Acordo de Parceria com a Administradora de Benefícios.
- 17.9. Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com o item 16.1.28, bem como encaminhar, mensalmente, relatório com o quantitativo de servidores ativos e inativos nos planos de saúde da ABIN.
- 17.10. Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênicas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações.
- 17.11. Oferecer os serviços de "disque 24 horas", para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
- 17.12. Realizar o pagamento do reembolso nos seguintes termos:
- a) o pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
 - b) em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

17.13. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:

- a) 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;
- b) recibos de pagamentos de honorários médicos;
- c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

17.14. Informar, por meio de carta (digital e/ou) física, aos beneficiários sobre inadimplência e eventuais cancelamentos, com antecedência.

18. OBRIGAÇÕES DA ABIN

18.1. São obrigações da ABIN, sem ônus financeiro para a Administração:

18.1.1. Permitir à Administradora de Benefícios a divulgação de sua carteira de benefícios junto aos beneficiários de que trata o objeto do presente Acordo de Parceria por meio de correspondência comum, revistas, boletins informativos, Internet e outros meios de divulgação;

18.1.2. Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências da ABIN, mediante prévia autorização e identificação, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do presente Acordo de Parceria;

18.1.3. Indicar um servidor do órgão para ser o responsável para interlocução junto à Administradora de Benefícios;

18.1.4. Informar de maneira clara e precisa aos servidores do órgão os procedimentos para a sua inscrição, de seus dependentes e grupo familiar, bem como repassar as informações sobre o funcionamento da Administradora de Benefícios e do acesso à rede de prestadores da operadora;

18.2. Para os que requererem e atenderem as condições, creditar o valor referente ao auxílio de caráter indenizatório no contracheque do servidor como rendimento isento e não tributável para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme alínea p, inciso I, art. 35 do Decreto nº 9.580, de 22 de novembro de 2018, no valor per capita mensal estabelecido pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

18.3. Acompanhar e fiscalizar a execução do Acordo de Parceria, de forma a assegurar seu perfeito cumprimento, na forma da legislação em vigor.

18.4. Realizar consulta semestral do registro das credenciadas na ANS por meio do portal oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

18.5. Realizar pesquisa de satisfação a cada 24 (vinte e quatro) meses com os usuários dos serviços prestados pelas empresas credenciadas.

19. REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

19.1. A empresa Administradora de Benefícios interessada em firmar Acordo de Cooperação Técnica com a ABIN deverá cumprir as seguintes condições:

19.1.1. Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme RN ANS nº 515/2022, e possuir autorização de funcionamento;

19.1.2. Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, que ofereçam aos beneficiários da ABIN a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde, conforme a RN ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, e neste Plano de Trabalho;

19.1.3. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços, conforme legislação em vigor;

19.1.4. Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;

19.1.5. Apresentar declaração das operadoras conveniadas com a Administradora que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

19.1.6. Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (quatorze) anos em qualquer tipo de trabalho;

19.1.7. A Administradora apresentará a ABIN os termos de contratos, acordos ou ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Acordo de Parceria que vier a ser assinado com este órgão.

20. DO REAJUSTE

20.1. Observado o disposto na RN ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da ABIN poderão ser objeto de reajuste, observado o transcurso mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médico e hospitalares e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade.

20.2. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados pela Administradora de Benefícios, comunicando diretamente ao Departamento de Gestão de Pessoas da ABIN.

21. ALTERAÇÃO SUBJETIVA

21.1. É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que:

21.1.1. Sejam mantidas as demais cláusulas e condições do Acordo de Cooperação Técnica;

21.1.2. Não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja anuência expressa da Administração à continuidade do Acordo de Parceria.

22. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

22.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros, provenientes da ABIN, a serem repassados diretamente para a Administradora de Benefícios, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor beneficiário.

22.2. O pagamento será realizado mediante boleto bancário ou autorização de débito em conta corrente, indicada no ato de adesão pelo beneficiário.

23. DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

23.1. Imediatamente após a assinatura do Acordo de Parceria.

24. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

24.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Acordo de Parceria, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei 14.133/2021 e outras:

- a) Advertência;
- b) Suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento para contratar com a ABIN, pelo prazo de até 2 (dois) anos;
- c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

24.2. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo, observando-se as regras previstas na Lei 14.133/2021 e, subsidiariamente, na Lei nº 9.784/99.

24.3. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, a abrangência do dano apontada pela área demandante, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade e da razoabilidade.

24.4. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

25. **DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

25.1. Os serviços serão prestados de acordo com os critérios de sustentabilidade ambiental contidos no art. 5º da Instrução Normativa nº 01, de 19 de janeiro de 2010, da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - SLTI/MPOG e no Decreto nº 7.746/2012, da Casa Civil, da Presidência da República, no que couber;

25.2. Cumprir, no que couber, as exigências do inciso XI, art. 7º da Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS);

25.3. Cumprir, no que couber, as exigências do art. 6º da Instrução Normativa MPOG nº 01, de 19 de janeiro de 2010, que estabelece as práticas de sustentabilidade na execução dos serviços.

26. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

26.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN nº 558/2022 e alterações posteriores).

26.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

26.3. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data da assinatura do Acordo de Parceria, central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

26.4. A Administradora de Benefícios, por meio das operadoras dos planos de saúde, reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

26.5. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço da operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com o

plano subscrito por ele, exclusivamente para atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

26.6. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios do plano de assistência à saúde.

26.7. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

26.8. Nos casos em que as operadoras de plano de saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios estabelecer autorização prévia, deverão ser atendidos os requisitos do art. 3º da RN ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2022, e alterações posteriores.

26.9. Nos casos em que seja necessária avaliação por junta médica, esta deverá ser constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

26.10. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

26.11. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar, por vontade das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, durante o período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até 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 continuidade da assistência.

26.12. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

26.13. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como daqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

26.14. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

26.15. Casos omissos neste Plano de Trabalho deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

26.16. Os casos omissos ou ambíguos na legislação serão dirimidos pelo Departamento de Gestão de Pessoas em conjunto com a Administradora de Benefícios, devendo sempre ser seguida a legislação em vigor sobre o assunto.

ISABEL GIL BALUÉ

Diretora do Departamento de Gestão de Pessoas

Partícipe 2

(Administradora de Benefícios)

Documento assinado eletronicamente

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENOR DE IDADE

A _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso VI do art. 68 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, regulamentada pelo Decreto nº 4.358/2002, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().
(observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)

ANEXO III - DECLARAÇÃO DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

PROPONENTE: _____

ENDEREÇO: _____

CNPJ: _____ **FONE:** _____

Declaro, sob as penas da Lei nº 6.938/1981, na qualidade de compromissário do Acordo de Parceria

proposto no Processo nº 00091.014888/2024-71, que atendemos aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente.

Estou ciente da obrigatoriedade da apresentação das declarações e certidões pertinentes aos órgãos competentes, quando solicitadas, como requisito para habilitação e da obrigatoriedade do cumprimento integral ao que estabelece o art. 6º e seus incisos, da Instrução Normativa nº 01, de 19 de janeiro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG e Decreto nº 7.746, de 5 de junho de 2012, que estabelece critérios, práticas e diretrizes para a promoção do desenvolvimento nacional sustentável.

Estou ciente da obrigatoriedade da apresentação do registro no Cadastro Técnico Federal de Atividades Potencialmente Poluidoras ou Utilizadoras de Recursos Ambientais caso minha empresa exerça uma das atividades constantes no Anexo II da Instrução Normativa nº 31, de 03 de dezembro 2009, do IBAMA.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

_____ de _____ de 20__.

ANEXO IV - TERMO DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade número _____ expedido pelo(a) _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, na condição de agente público, servidor, empregado, estagiário, bolsista, colaborador ou preposto do(a) () Administradora de benefício, comprometo-me a guardar sigilo sobre:

I - informações, dados e conhecimentos não pessoais a que tiver acesso em decorrência do Termo de Adesão entre ABIN e a Administradora de Benefício, que estão protegidas nos termos dos artigos 9º e 9º-A da Lei nº 9.883, de 1999;

II - informações e dados pessoais, inclusive a identificação de agente público, servidor, empregado, estagiário, bolsista, colaborador ou preposto do(a) () Administradora de benefício ou da () ABIN, a que ver acesso em decorrência deste mesmo Acordo, que estão protegidos nos termos da legislação de referência, notadamente da Lei nº 12.527, de 2011, e da Lei nº 13.709, de 2018;

III - informações e dados fiscais, bancários, sob segredo de justiça, sob segredo industrial, que estão protegidos nos termos da legislação de referência; e

IV - informações classificadas, nos termos da Lei nº 12.527, de 2011.

Declaro ciência de que a violação deste compromisso acarretará responsabilização nas

esferas cível, penal e administrativa.

E por estar de acordo com o presente Termo, assino-o e submeto-o à guarda pelos gestores deste mesmo Acordo.

_____, __ de _____ de 20__.

Documento assinado eletronicamente



Documento assinado eletronicamente por **ISABEL GIL BALUÉ, Diretor(a) do Departamento de Gestão de Pessoas**, em 14/02/2025, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.abin.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1296410** e o código CRC **7DA55209**.