

NORMAS PARA CONTRATAÇÃO E RESCISÃO DE CONTRATO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS NAS ÁREAS DE MEDICINA, ODONTOLOGIA, FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

1. INTRODUÇÃO

As Operadoras de Planos de Saúde, sob regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), têm enfrentado grandes desafios quanto às reformas necessárias do modelo de gestão que ainda praticam e se veem diante da urgência de implementar processos administrativos que traduzam, de um lado, maior eficiência na condução técnico gerencial dos planos que oferecem e, de outro, contemplem de maneira dinâmica e eficaz a participação direta do beneficiário na avaliação do atendimento que lhe é prestado.

Nesse sentido, a Agência estabeleceu o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviço na área da saúde suplementar, com o objetivo de disseminar informações da qualidade assistencial por meio de indicadores ou atributos de qualificação, possibilitando aos beneficiários de planos de saúde a melhoria de sua capacidade de avaliação e escolha. Esse programa também estimula os prestadores de serviço a terem iniciativas voltadas para a melhoria de seu desempenho.

Considerando as diretrizes estabelecidas pela ANS e a Política de Saúde do Agros, visualiza-se a necessidade de aprimoramento dos normativos internos, buscando o relacionamento contínuo com a rede de prestadores, o alinhamento de condutas, aprimoramento dos serviços prestados, a melhoria da qualidade de vida de nossos beneficiários, bem como equalização dos custos assistenciais.

De acordo com a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS):

“as instituições de Autogestão devem assumir a responsabilidade pela definição de quais serviços e em que quantidade são necessários para garantir a oferta assistencial qualitativa aos seus beneficiários. A compra de serviços de saúde segundo critérios de necessidade tem que possibilitar a regulação do mercado pela demanda e não pela oferta, como ainda ocorre nos dias de hoje. Também é necessário que a relação entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde seja regulada por contratos transparentes e objetivos”.

Entretanto, é preciso visualizar o mercado como um todo, onde temos um crescimento de demanda pelos serviços de saúde devido à grande oferta de planos de saúde que administram produtos de

segmentação ambulatorial (pequeno risco), causando uma sobrecarga do setor e a dificuldade de atender a demanda da população assistida. A ANS exige das operadoras que o serviço de saúde qualificado esteja disponível e acessível para atendimento às demandas dos beneficiários, quando na realidade se observa uma deficiência do mercado em relação à concentração de profissionais em determinadas áreas de atuação e em algumas regiões geográficas, e a falta de infraestrutura e legitimidade da Agência junto aos prestadores de serviço. Observa-se ainda que as responsabilidades atribuídas pelos órgãos competentes aos prestadores de serviço, como os conselhos de classe, por exemplo, são compartilhadas com a operadora quando do atendimento aos seus usuários.

A Agência reguladora tem focado em implementar normas que visem não só a disponibilidade do prestador de serviço, mas também garantam o acesso do beneficiário, a qualidade do serviço prestado, regulando a relação prestador-operadora, sem, contudo, ter jurisdição sobre o primeiro.

Diante do exposto, é imprescindível a atuação da operadora de forma estratégica com foco no correto dimensionamento de sua rede credenciada, garantindo o acesso de seus beneficiários a serviços de qualidade, que apresentem resolutividade, considerando ainda o volume da demanda, de forma que não haja ociosidade do prestador e nem longa fila de espera para o beneficiário. Esses são os desafios para a gestão de sua rede credenciada.

Nesse contexto, entende-se que **Credenciamento** é a contratação de profissionais e entidades da área de saúde, para prestação de serviços assistenciais aos beneficiários dos Planos de Saúde, com pactuação de condições e normas específicas, mediante assinatura de instrumento jurídico específico.

Esta norma deve orientar a equipe técnica do Agros no processo de contratação de serviços de assistência à saúde para os seus beneficiários, considerando os aspectos legais envolvidos, as Políticas Institucional e de Saúde adotadas, bem como outras normas instituídas pelo Agros.

2. OBJETIVO

2.1. Geral

Definir os requisitos técnicos e operacionais que norteiam a contratação e rescisão contratual de prestadores de serviço em saúde, buscando garantir a padronização, qualidade e a adequação dos serviços prestados, bem como a melhor utilização dos recursos, satisfação dos beneficiários e a solução de problemas.

2.2. Específicos

- 2.2.1. Padronizar, otimizar e dar transparência ao processo de contratação da rede assistencial, extensão e rescisão de contrato dos prestadores de serviços, para atendimento aos beneficiários dos planos de saúde.
- 2.2.2. Definir atribuições, competências e responsabilidades no processo de contratação dos prestadores de serviço de saúde.
- 2.2.3. Subsidiar a elaboração de manual para orientação sobre o processo de contratação.

3. ESTRUTURA NORMATIVA

Os critérios discutidos nessa Norma estão de acordo com o Regulamento dos Planos Assistenciais administrados pelo Agros e legislação dos órgãos reguladores e fiscalizadores, conforme descrição abaixo, e será atualizada por outras que vierem a substituí-las:

- 3.1. Lei 13.003 de 24/06/2014, que torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.
- 3.2. Resolução Normativa nº 363 de 11/12/2014 da ANS, que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde.
- 3.3. Resolução Normativa nº 364 e 391 de 11/12/2014 e 07/12/2015 a ANS, respectivamente, que dispõem sobre a definição de índice de reajuste a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
- 3.4. Instrução Normativa nº 61 da ANS, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares.
- 3.5. Resolução Normativa nº 365 de 11/12/2014, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.
- 3.6. Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) da ANS nº 43 de 05/06/2013, que dispõe sobre as informações do Sistema de Registro de Planos de Saúde da ANS - RPS/ANS, formato XML e dispõe sobre os procedimentos de Registro de Produtos.

- 3.7.** Instrução Normativa DIPRO nº 46 de 03/10/2014, alterada pela IN nº 54 de 07/02/2018 da ANS, que dispõem sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução.
- 3.8.** Resoluções Normativas nº 405 e 421, de 9/05/2016 e 23/03/2017 da ANS, respectivamente, que dispõem sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar – QUALISS.
- 3.9.** Resolução Normativa nº 428 de 08/11/2017 da ANS, que estabelece o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde.
- 3.10.** Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.162/2017, que homologa a Portaria da Comissão Mista de Especialidades (CME) nº 1/2017, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.
- 3.11.** Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 63/2005 e 161/2015, que dispõem sobre a Consolidação das Normas para procedimentos nos conselhos de odontologia.
- 3.12.** Decreto Lei 4.113/42, que regula a propaganda de médicos, cirurgiões dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres.
- 3.13.** Instrução do Ministério da Previdência Social/ Secretaria de Previdência Complementar (MPS/SPC) nº26, de 1º de setembro de 2008, que estabelece orientações e procedimentos a serem adotados pelas entidades fechadas de previdência complementar em observância ao disposto no art. 9º da Lei 9.613 de 3 de março de 1998, bem como no acompanhamento das operações realizadas por pessoa politicamente exposta.
- 3.14.** Instrução nº 18 de 24.12.2014, da Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc), que estabelece orientações e procedimentos a serem adotados pelas entidades fechadas de previdência complementar em observância ao disposto no art. 9º da Lei nº 9.613, de 03 de março de 1998, bem como no acompanhamento das operações realizadas por pessoas politicamente expostas e dá outras providências.
- 3.15.** Os Códigos de Ética vigentes, aprovados pelos conselhos das categorias.
- 3.16.** Decreto nº 8.373 de 2014, que institui o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas – e-Social e dá outras providências.

4. DIRETRIZES PARA O CREDENCIAMENTO

Considerando o Código de Ética e Conduta e o Manual de Governança do Instituto, e ainda, a legislação que regulamenta as operadoras de planos de saúde, foi necessário estabelecer diretrizes para a contratualização da rede credenciada, tendo como um dos pilares a transparência na relação com os prestadores de serviço.

- 4.1.** A suficiência da rede deve ser avaliada para a contratação proposta, considerando a localidade (cidade, bairro), aplicando-se parâmetros de cobertura assistencial, avaliação da epidemiologia, acesso dos beneficiários e da oferta do serviço, como medida de planejamento/programação da assistência a ser oferecida.
- 4.2.** Será analisada a necessidade do Agros pela especialidade ou serviço requerido, analisando-se o número de prestadores já contratados, bem como a disponibilidade para atendimento aos beneficiários e o público potencial a ser atendido.
- 4.3.** A competitividade deverá gerar benefícios ao Agros e será arquitetada de modo que o contratado possa desenvolver sua carteira de clientes com estímulo para oferecer atendimento diferenciado, assim como respeitar as normas do plano previamente pactuadas.
- 4.4.** O Agros poderá suspender a contratação da prestação de serviços no todo ou em especialidades específicas, baseado em critérios de avaliação de suficiência de rede, adequação de controles, avaliação de custos, redimensionamento de sua rede contratada, adequação a normativos emanados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou Secretaria de Previdência Complementar ou ainda para atendimento à legislação emanada por ente federal, estadual ou municipal, bem como por outros motivos que julgar necessário, reservando-se o direito de avaliar apenas as solicitações e contratar profissionais ou serviços reconhecidos que venham a agregar “valor” a sua rede contratada.
- 4.5.** Serão objeto de análise as exigências e normativos da ANS e o impacto que o credenciamento poderá causar no custeio do Agros, observando-se, dentre outros aspectos, o custo referente a encargos.
- 4.6.** Profissionais médicos cujos consultórios estejam instalados em hospitais, ambulatórios ou policlínicas terão a solicitação criteriosamente analisada em função da oferta de exames no serviço.

5. COMITÊS DE CREDENCIAMENTO

Desde a criação do plano de saúde, para a constituição de sua rede credenciada as principais áreas envolvidas no processo, sob coordenação da Diretoria de Seguridade, reuniam-se para discussão e avaliação dos dados e documentação apresentada pelos candidatos ao credenciamento, proporcionando maior segurança e transparência do processo. Os Atos que constituíam os Comitês eram emitidos de forma isolada para nomeação dos membros.

Com o processo de desenvolvimento dos normativos internos no Agros, a Gerência de Saúde solicitou que os comitês fossem formalizados, o que ocorreu com a instituição do Ato da Diretoria Executiva do Agros (DEX) nº 1310/2013, especificando a criação do Comitê encarregado de Analisar as Propostas de Credenciamento de Prestadores de Serviços Médicos, assim como dos Profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, e o Ato DEX nº 1311/2013, que constituiu o Comitê de Credenciamento de Prestadores de Serviços Odontológicos. Esses comitês possuem finalidade de avaliar as propostas de credenciamento, alterações contratuais, avaliação de conduta dos credenciados e descredenciamento com base nas normas internas do Agros, bem como na legislação vigente dos órgãos reguladores e fiscalizadores.

Aos membros efetivos dos Comitês de Credenciamento ou convidados a assessorar as reuniões, que, por essa situação, tomem conhecimento de assuntos confidenciais, aplica-se o Código de Conduta e Ética do Instituto.

5.1. Composição

5.1.1. Os Comitês de Credenciamento terão a seguinte composição:

I – Diretor de Seguridade – DSE

II - Gerente de Saúde – GSA

III – Coordenador do Setor de Credenciamento e Negociação – GSA

IV – Funcionário da Gerência de Saúde - GSA

V – Auditoria técnica - GSA

VI - Funcionário indicado dentre as demais gerências do Agros

O Comitê de Credenciamento será coordenado pelo Diretor de Seguridade que, em caso de ausência, designará outro Diretor para exercer a função.

Outros funcionários do Instituto poderão ser convidados para assessorar os trabalhos, em função dos assuntos a serem discutidos.

5.2. Funcionamento

- 5.2.1.** Os Comitês se reunirão sempre que houver demanda, por meio de levantamento realizado pelo setor de credenciamento e negociação e convocação da Diretoria de Seguridade.
- 5.2.2.** O quórum mínimo para realização das reuniões será de 4 membros do Comitê, sendo obrigatória a presença do coordenador ou outro designado por ele, e de pelo menos um auditor técnico.
- 5.2.3.** As reuniões dos Comitês serão reduzidas a termo, em Ata a ser assinada por todos os membros que dela participem e que contenha as discussões havidas, as conclusões dos Comitês e anexos (Notas Técnicas ou documentos de análise que servirem de base às recomendações dos Comitês).
- 5.2.4.** Cada membro tem direito a um voto e as decisões serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo ao Coordenador o voto de qualidade.

5.3. Deveres e Competências dos membros dos Comitês de Credenciamento

- 5.3.1.** Comparecer, assídua e pontualmente, às reuniões ou justificar suas ausências.
- 5.3.2.** Examinar, de forma antecipada, os assuntos que serão discutidos na reunião.
- 5.3.3.** Propor assuntos a serem incluídos na pauta das reuniões.
- 5.3.4.** Discutir e votar com responsabilidade os assuntos debatidos em reuniões, fazendo constar em Ata, quando couber, o seu voto e a respectiva fundamentação.
- 5.3.5.** Promover conduta permanentemente pautada por elevados padrões éticos e de integridade, orientando-se pela defesa dos direitos dos beneficiários e pelo alcance dos objetivos do Agros.

- 5.3.6.** Dar os devidos encaminhamentos das decisões proferidas nas reuniões, considerando a necessidade de deliberação de processos sob a responsabilidade da Diretoria Executiva.

6. RESPONSABILIDADES

6.1. Diretoria Executiva

- 6.1.1.** Nomear os Comitês de Credenciamentos, assim como as suas atualizações.
- 6.1.2.** Deliberar sobre a contratação, rescisão, alteração contratual e medidas adotadas na apuração de conduta da rede credenciada, quando encaminhado pelos Comitês de Credenciamento.

6.2. Da Diretoria de Seguridade

- 6.2.1.** Monitorar e controlar a execução das ações aprovadas.
- 6.2.2.** Coordenar as reuniões, decidindo as questões de ordem, reclamações ou solicitações.
- 6.2.3.** Autorizar a pauta da reunião a ser discutida pelos Comitês.
- 6.2.4.** Indicar os profissionais a serem convidados para cada reunião dos Comitês.

6.3. Comitês de Credenciamento

- 6.3.1.** Assessorar a Gerência de Saúde no processo de credenciamento e descredenciamento dos prestadores de serviço de saúde, por meio da análise dos critérios estabelecidos nesta norma.
- 6.3.2.** Atuar na avaliação da qualidade do atendimento aos beneficiários dos planos de saúde, pautados nos princípios da ética, transparência e imparcialidade no processo de escolha dos profissionais e das entidades que se candidatem ao credenciamento, considerando as determinações dos órgãos superiores do Instituto e as normas legais e regulamentares aplicáveis.
- 6.3.3.** Recomendar à Diretoria Executiva a definição de normas, metodologias e padrões técnicos que irão orientar o processo de credenciamento e descredenciamento.

- 6.3.4. Recomendar à Diretoria Executiva critérios para acompanhamento e mapeamento das demandas para atendimento aos beneficiários dos planos de saúde.
- 6.3.5. Acompanhar o relacionamento entre credenciados e beneficiários, recomendando à Diretoria Executiva medidas corretivas e/ou punitivas.
- 6.3.6. Apreciar as avaliações periódicas de desempenho da rede prestadora de serviços.

6.4. Atribuições da Gerência de Saúde

- 6.4.1. Avaliar inicialmente toda a documentação apresentada pelos prestadores de serviço referente à solicitação de credenciamento, encaminhando aos Comitês de Credenciamento para avaliação e deliberação.
- 6.4.2. Propor os assuntos a serem tratados nas reuniões dos Comitês de Credenciamento, inclusive mediante sugestão dos demais membros, para aprovação do coordenador.
- 6.4.3. Preparar o encaminhamento à Diretoria Executiva do Agros dos assuntos tratados nos Comitês de Credenciamento, que necessitem de apreciação e decisão daquele órgão colegiado.
- 6.4.4. Distribuir os documentos relativos às reuniões dos Comitês, inclusive a pauta dos assuntos que serão abordados em tais reuniões, indicando o local, a data e a hora de sua realização.
- 6.4.5. Documentar as reuniões por meio da confecção das Atas.
- 6.4.6. Arquivar e manter salvaguardadas as Atas de reuniões e outros documentos dos Comitês.
- 6.4.7. Providenciar a execução de todos os processos deliberados pelos Comitês de Credenciamento, incluindo os encaminhamentos a outras unidades administrativas do Agros.
- 6.4.8. Emitir pareceres por meio da auditoria técnica, munindo os demais membros dos Comitês de informações que respaldem os encaminhamentos.
- 6.4.9. Respalidar, por meio da auditoria técnica, a inclusão/exclusão de procedimentos, considerando a área de atuação, formação e especialidade do prestador de serviço.

6.4.10. Realizar reuniões com os prestadores de serviço antes da sua efetiva contratação para alinhamento dos objetivos.

6.5. Assessoria Jurídica

6.5.1. Assessorar a Gerência de Saúde, tanto no aspecto preventivo quanto na gestão do contencioso, emitindo pareceres e ou sugerindo medidas a serem adotadas, visando a resguardar os interesses e dar segurança jurídica aos atos e decisões da referida gerência.

6.5.2. Aprovar as minutas de contratos a serem firmados com a rede credenciada, que devem fazer parte da Norma de Gestão de Contratos e Convênios.

7. CONTRATAÇÃO

7.1. Pré-requisitos para o Credenciamento

7.1.1. Prestar serviços dentro da área geográfica de abrangência dos planos administrados pelo Agros.

7.1.2. Ser habilitado e apresentar certificado emitido pelos devidos Conselhos de Classe para a prestação de serviços dentro de sua área de formação. Para cada categoria pretendida, será verificada se as especialidades/áreas de atuação são reconhecidas pelas associações e/ou conselhos de classe.

7.1.3. Apresentar documentação completa e em período de validade, conforme relação disponibilizada na ficha de solicitação de credenciamento, considerando a área de atuação e a forma de contratação pretendida (pessoa física ou jurídica), bem como formulário devidamente preenchido. (Anexo 1)

7.1.4. Verificar se a categoria profissional da contratação proposta é passível de cobertura conforme Regulamento dos Planos Assistenciais e rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, estabelecidos como obrigatórios de cobertura.

7.1.5. Solicitar o credenciamento em, no máximo, 2 (duas) especialidades, em conformidade com o Decreto-Lei nº 4.113 de 14/02/1942, artigo 1º, incisos III e IV que veda aos médicos anunciar o exercício de mais de duas especialidades.

- 7.1.6.** A contratação de serviços complementares de diagnóstico deverá ser realizada preferencialmente com a pessoa jurídica, considerando a incidência do encargo tributário relativo ao INSS para pagamento a pessoas físicas. O credenciamento dos exames que integram a consulta (exemplo: eletrocardiograma, colposcopia, tonometria) não serão passíveis de atendimento a esse item.
- 7.1.7.** Todos os exames de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, bem como de Patologia deverão ser restritos ao especialista da área.
- 7.1.8.** A contratação de serviços que realizem procedimentos invasivos e que exijam participação de anestesista deverá ser feita em ambiente hospitalar, salvos casos avaliados e indicados pela auditoria médica.
- 7.1.9.** Os candidatos a credenciamento devem manter vínculo com hospitais credenciados ao Instituto de forma a viabilizar o atendimento a pacientes internados e que necessitem de atendimento cirúrgico, com exceção das especialidades que não requeiram atendimento hospitalar.
- 7.1.10.** Será objeto de análise o Currículo dos profissionais, em caso de pessoa física, e do responsável técnico em caso de pessoa jurídica. Para os hospitais será também avaliada a composição e a natureza do corpo clínico, bem como a localização (acesso, condições de atendimento, vistoria), capacidade de atendimento e serviços que oferece (se são próprios ou terceirizados) e a participação em programas de capacitação e certificação.
- 7.1.11.** O credenciado deverá ter infraestrutura adequada que possibilite o atendimento e o envio de cobranças de forma a atender as necessidades do Agros e a legislação dos órgãos Reguladores e Fiscalizadores em vigor.
- 7.1.12.** O Agros analisará a necessidade de vistoriar as instalações e equipamentos dos estabelecimentos de saúde, aferindo suas condições de uso e conservação. Essa visita técnica poderá ocorrer durante o período de avaliação do processo de credenciamento ou quando solicitada a inclusão de procedimento/serviço no contrato de prestação de serviços estabelecidos. Quando da realização das visitas técnicas, o auditor deverá apresentar relatório com todas as considerações relacionadas à qualidade das instalações e equipamentos e viabilidade de atendimento aos beneficiários.

7.1.13. Será exigida experiência comprovada de, no mínimo, 2 (dois) anos na especialidade requerida, após a obtenção do Certificado de Registro de Especialista emitido pelo CRM-MG, do término da residência médica em programa reconhecido pelo MEC ou da obtenção do Título de Especialista.

7.1.14. Os Comitês de Credenciamento poderão recomendar o credenciamento de profissional com experiência inferior a dois anos, desde que exista dificuldade de credenciamento na especialidade/área de atuação pretendida pelo candidato.

8. EXTENSÃO E/OU MANUTENÇÃO DO CONTRATO

A extensão e/ou manutenção do credenciamento será avaliada quando se tratar dos seguintes casos:

8.1. Adequação aos normativos dos órgãos fiscalizadores (ANS, etc.).

8.2. Inclusão/exclusão de especialidade.

8.3. Inclusão/exclusão de profissional no contrato firmado.

8.4. Inclusão/exclusão de procedimentos ou serviços.

8.5. Alteração de endereço.

8.6. Alteração da razão social e/ou do CNPJ.

8.7. Alteração da sociedade e/ou da responsabilidade técnica.

8.8. Solicitação de suspensão do atendimento.

9. SUSPENSÃO DO CREDENCIAMENTO

A suspensão da prestação de serviço por tempo determinado é uma prerrogativa do Agros quando observado o não cumprimento a algum aspecto legal e/ou ético referente à prestação de serviço, incluindo a constatação de impossibilidade de apresentação, a qualquer momento, de documento que ateste o cumprimento de normas sanitárias, de funcionamento, tributária e da legalidade perante os órgãos reguladores e fiscalizadores.

Poderá também ser solicitada pelo profissional ou estabelecimento de saúde credenciado, que deverá justificar a impossibilidade de manutenção do atendimento e informar a data de retorno aos atendimentos ou dar previsão, para casos de afastamento por motivo de saúde.

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

As solicitações de suspensão, bem como a recorrência da suspensão, devem ser levadas ao conhecimento dos Comitês de Credenciamento para aprovação.

Será motivo de avaliação para encerramento do contrato a ausência de prestação de serviço para o plano de saúde por mais de 12 (doze) meses consecutivos, desde que não haja suspensão formalizada acordada entre as partes.

10. PROCESSO DE DESCREDENCIAMENTO

A ocorrência de quaisquer das situações descritas na Cláusula de Rescisão do contrato firmado poderá indicar o credenciamento do prestador de serviço. Além dos aspectos mencionados no contrato, o credenciamento poderá ser indicado pelos motivos relacionados abaixo:

- 10.1.** Solicitação de alteração no objeto do contrato que não seja do interesse do Agros.
- 10.2.** Registro de reclamações de usuários relativo ao atendimento, após reincidência de notificação ao prestador de serviço.
- 10.3.** Cobrança de honorários ao beneficiário, quando se tratar de procedimentos contratados pelo prestador de serviço e sem o encaminhamento ao Agros para orientação da rede prestadora.
- 10.4.** Processo de avaliação de conduta de profissionais acompanhado pela Gerência de Saúde, onde se observa a falta de indicação clínica para os procedimentos solicitados, comprovados por meio de auditoria técnica presencial ou documento que comprove a não adequação às diretrizes técnicas para o procedimento.
- 10.5.** Qualquer ato que cause prejuízo para o Agros ou aos seus beneficiários.
- 10.6.** Necessidade de redimensionamento da rede credenciada.

Deverá ser aberto um Processo Administrativo no Agros para apuração da ocorrência das situações listadas acima, para avaliação e deliberação da Diretoria Executiva.

O credenciamento será processado preferencialmente após a identificação de outro profissional ou serviço que o possa substituir, considerando Resolução Normativa nº 365/2015 da ANS e a regulamentação relativa ao redimensionamento da rede hospitalar.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1.** Não serão aceitas documentações incompletas ou ainda com datas de vigência/validade vencidas. Quando ocorrer, a solicitação será encaminhada aos Comitês de Credenciamento para avaliação em relação aos critérios estabelecidos nessa norma para composição da rede credenciada. Após manifestação dos Comitês, a solicitação deverá ser devolvida ao prestador de serviço ou solicitado a ele que complemente a documentação, para prosseguir com o processo de credenciamento. Na segunda hipótese, deverá ser concedido um prazo para complementação da documentação, sugerida pelos Comitês.
- 11.2.** Durante a tramitação do processo poderá ocorrer o vencimento de documentos e certidões. É de responsabilidade do prestador de serviço providenciar novos documentos, quando solicitado.
- 11.3.** Os candidatos ao credenciamento, pessoa física, devem declarar seu enquadramento quanto à condição de Pessoa Politicamente Exposta, nos termos da legislação vigente.
- 11.4.** A Diretoria Executiva pode, a qualquer tempo, interromper o processo de credenciamento para atendimento às demandas da Gerência de Saúde e setor responsável pelo processamento dos credenciamentos, com foco no cumprimento de obrigações legais e infraestrutura disponibilizada para execução dos trabalhos desenvolvidos.
- 11.5.** Os casos omissos devem ser submetidos à decisão da Diretoria Executiva.