



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
SEGUNDA SECRETARIA
Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores da CLDF



RELATÓRIO
PROVA DE CONCEITO (POC)

Processo Administrativo: 00001-00015854/2024-48

Empresa: BENNER TECNOLOGIA E SERVIÇOS EM SAUDE LTDA

Objeto: Prova de Conceito (POC) para validação da solução tecnológica destinada à gestão do sistema de saúde do FASCAL.

Período: A POC será realizada a partir de 07/07/2025, com continuidade até a conclusão de todas as etapas previstas no Termo de Referência e seus anexos.

Local: Sede da Câmara Legislativa do Distrito Federal – Sala de Reunião do Gabinete da Mesa Diretora

Edital de Pregão Eletrônico: nº 90007/2025

Comissão Técnica Avaliadora:

- Anderson Motta Barbosa – Assessor – Matrícula 24183
- Lauro Musumeci Alves Velho – Consultor Técnico-Legislativo – Matrícula 23582
- Ricardo Ribeiro de Queiroz – Técnico Administrativo Legislativo – Matrícula 12069
- Tamisa Corrêa da Costa Rocha – Analista Legislativo – Matrícula 23421
- Mario Noleto Oliveira do Carmo – Analista Legislativo – Matrícula 11439
- Harisson de Oliveira Lima - Consultor Técnico Legislativo - Matrícula 24670
- Mario alcides medeiros silva - técnico administrativo legislativo - Matrícula 11313
- Raphaella El Haddad – Consultora Técnico-Legislativa – Matrícula 24533

Representantes da Empresa – Benner Tecnologia:

- Karoline Francisca Bezerra Soares – CPF: 634.015.923-00
- Alexandre Gasparim Bomfim – CPF: 021.020.269-65
- Alex Xavier da Silva - CPF: 034.387.731-71
- Amancio Alves de Paiva - CPF: 854.738.806-06
- Giovanni Bugmann - 006.676.039-99
- João Filipe Pessoa Henriques – CPF: 237.199.688-20
- Patrícia Keiko Mikuni – CPF: 043.039.159-55
- Raul da Silva Carmanini – CPF: 074.394.506-98
- Juliana Gouveia – CPF: 329.067.458-47

Representantes Indicados pela empresa Impacto em saúde LTDA:

- Conforme previsto no Edital e no Termo de Referência, a empresa Impacto indicou, inicialmente, o Sr. André de Oliveira Gomes, CPF nº 091.613.086-09, como responsável pelo acompanhamento

dos trabalhos da Prova de Conceito. No decorrer da POC, o referido representante foi substituído pelo Sr. Arnaldo Marques Leite, CPF nº 226.146.018-02.

1. OBJETIVO DA POC

A Prova de Conceito teve por finalidade validar, em ambiente controlado, a aderência técnica da solução ofertada pela empresa Benner Tecnologia e Serviços em Saúde LTDA aos requisitos funcionais e operacionais estabelecidos no Termo de Referência, como etapa prévia à eventual contratação. A avaliação seguiu rigorosamente as diretrizes definidas no referido Termo, utilizando como instrumento de verificação o checklist constante do Anexo IX, com ênfase na demonstração prática das funcionalidades exigidas para a contratação de empresa especializada na implantação e prestação de serviços operacionais e táticos de gestão para o FASCAL.

Essa contratação abrange, entre outros aspectos, a execução de processos de trabalho, treinamento, assessoria, consultoria e assistência presencial, com fornecimento de estrutura tecnológica integrada e manutenção evolutiva, conforme quantidades e especificações estabelecidas no Termo de Referência e seus anexos.

2. METODOLOGIA

A avaliação da solução apresentada pela empresa foi conduzida pela Comissão Técnica Avaliadora, instituída pela Portaria do Secretário-Geral nº 201, de 04 de setembro de 2024, composta por servidores do FASCAL, conforme previsto no Termo de Referência.

Além da Comissão, foram convidados diversos servidores do FASCAL usuários diretos do sistema, visando garantir uma avaliação ampla, prática e alinhada à realidade operacional.

Também participaram representantes da Diretoria de Modernização e Inovação Digital, atendendo a solicitação do FASCAL, o que contribuiu para a análise técnica e estratégica da solução sob o ponto de vista da transformação digital.

A metodologia adotada baseou-se na aplicação do checklist constante do Anexo IX – Prova de Conceito, que contempla as funcionalidades exigidas para o sistema de gestão. O checklist foi utilizado como roteiro para a verificação das entregas, orientando toda a análise técnica durante a execução da POC.

A empresa proponente foi convocada a demonstrar, em ambiente de testes previamente disponibilizado e com banco de dados suficiente, todas as funcionalidades exigidas, incluindo, entre outras, o cadastramento de beneficiários e prestadores, apresentação de guias, regulação e faturamento. A demonstração deveria seguir rigorosamente a ordem e os critérios estabelecidos no Termo de Referência.

Cada funcionalidade foi avaliada em tempo real pela Comissão Técnica Avaliadora, com o apoio dos servidores convidados, sendo classificada como "Atendida" ou "Não Atendida", com os respectivos registros técnicos.

Nos termos do edital, cabia à empresa comprovar o atendimento de, no mínimo, 90% das funcionalidades exigidas, sob pena de reprovação. As funcionalidades não apresentadas no momento da POC poderiam ser demonstradas no prazo de até 30 (trinta) dias, desde que devidamente registradas como pendentes. A não demonstração ou a permanência de falhas nesse prazo acarretaria a reprovação da solução.

Em caso de dúvidas, a Comissão poderia solicitar reapresentações, conforme previsto no Termo de Referência. Situações omissas foram resolvidas pela Comissão Técnica Avaliadora, com base na Lei nº 14.133/2021 e demais normas aplicáveis.

3. QUADRO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

REQUISITOS GERAIS				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	O sistema possui o Padrão TISS implementado e nativo, na versão vigente.	X		
2	O sistema atende todas as normas, leis e resoluções que regem a operação do FASCAL, bem como todas as exigências da ANS.			ANULADA.
3	Atendimento, de forma nativa, a todas as exigências da ANS, sem necessidade de programas de terceiros para envio de dados como o DIOPS, SIP e SIB.	X		
4	Interface web de autorização (integrada e nativa) com opção de identificar o beneficiário por meio de token gerado pela carteira virtual.		X	TOKEN NÃO FUNCIONOU
5	Gerar relatório de disponibilidade do sistema.	X		
6	Controle de logs (alterações) e registro de histórico das alterações na Regulação, Cadastro, Faturamento, Auditoria e Central de Atendimento		X	NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O REGISTRO DO QUE FOI ALTERADO NO SISTEMA NO DIA EM QUE O MÓDULO ESTAVA SENDO AVALIADO PELA COMISSÃO
7	Possuir níveis de segurança com permissões específicas por usuário do sistema e grupos de usuários, com hierarquia de acesso.	X		
8	Permitir o cadastro diferenciado para cada grupo de usuário (beneficiários, auditores, credenciados, usuários internos, usuários externos, dentre outros).	X		
9	Possuir mecanismo de autenticação de usuários do sistema, com recuperação de informações de acesso.	X		
10	Permitir a assinatura eletrônica de documentos para cada grupo de usuário (beneficiários, auditores, credenciados, usuários internos, usuários externos, dentre outros).	X		
11	Permitir a criação de diversos níveis de produtos, com coberturas assistenciais distintas, com controle de vigência, para vinculação aos usuários.	X		

12	Possuir todos os módulos sincronizados, interligados e integrados em tempo real.	X		
13	Possibilitar preços diferenciados por especialidade para o mesmo procedimento, de modo a registrar os valores acordados com os credenciados.	X		
14	Permitir a carga de tabelas do CONTRATANTE e demais tabelas como CBHPM, OPME, SBH, Gases(SHB), Própria de Tratamento Seriado, dentre outras informadas pelo CONTRATANTE.		X	NÃO CONSEGUIRAM SUBIR NENHUMA TABELA
15	Cadastramento e atualização de tabelas como SIMPRO e BRASÍNDICE.	X		
16	Controlar alterações com registro de observações, nome, data e hora das alterações.		X	NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O REGISTRO DO QUE FOI ALTERADO NO SISTEMA NO DIA EM QUE O MÓDULO ESTAVA SENDO AVALIADO PELA COMISSÃO, CONFORME CONFIRMADO PELOS REPRESENTANTES DA PRÓPRIA EMPRESA
17	Validação automática de campos cadastrais que possuam formatos específicos.	X		
18	Manter registros históricos de todas as ações realizadas no sistema com logs de usuários.		X	NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O REGISTRO DO QUE FOI ALTERADO NO SISTEMA NO DIA EM QUE O MÓDULO ESTAVA SENDO AVALIADO PELA COMISSÃO, CONFORME CONFIRMADO PELOS REPRESENTANTES DA PRÓPRIA EMPRESA
19	Função de alterar a Senha para usuários do sistema.	X		
20	Permitir a identificação dos beneficiários por meio de biometria digital.	X		
21	Possuir painéis de acompanhamento e monitoramento da operação do sistema em tempo real.	X		
22	Disponibilização da solução em Nuvem.	X		

23	Funcionamento do sistema em modo responsivo.	X		
24	Função para cadastro de usuários do sistema, por categoria, definição de perfis e níveis de acesso.	X		

MÓDULO CADASTRO E GESTÃO DE BENEFICIÁRIOS				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Disponibilizar obrigatoriamente acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS, contendo as seguintes informações: - Nome do beneficiário - Data de nascimento do beneficiário - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário - Número da matrícula do beneficiário no plano - Nome do plano de assistência à saúde - Data da contratação do plano de saúde - Data do início da cobertura contratual do beneficiário no plano - Prazo máximo previsto no contrato para carências - Data de término da Cobertura Parcial Temporária - CPT, quando houver - Padrão de acomodação - Área de abrangência geográfica - Dados do Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente	X		
2	Alertas quando um beneficiário se tornar inelegível		X	A FUNCIONALIDADE DE ALERTA NÃO PÔDE SER DEMONSTRADA PELA EQUIPE DA EMPRESA NO MOMENTO DA APRESENTAÇÃO.
3	Alertas quando o beneficiário estiver em período de carência		X	APESAR DE POSSUIR UM BOTÃO DENOMINADO "CARÊNCIA", A FUNCIONALIDADE DE ALERTA NÃO FOI DEMONSTRADA PELA EQUIPE DA

				EMPRESA.
4	Permitir cadastro de Tabela de Referência de Material e Medicamentos, indicando qual tabela base de referência (SIMPRO, BRASINDICE, própria), imposto ligado à tabela, para permitir o uso dos valores conforme ICMS, contendo minimamente, código do item, código TUSS correspondente (caso exista), descrição, classificação (solução, material, medicamento, órtese, prótese, material especial, preço de fábrica, preço médio ao consumidor, quantidade para fracionamento, unidade, se é genérico, se é restrito hospitalar, mantendo o controle da vigência de cada item	X		
5	Prover cadastro de pacotes, informando seu código principal e porte anestésico correspondente, além de informar todos os itens que compõem o pacote, como: procedimentos, materiais, medicamentos, diárias e taxas, de forma estruturada, mantendo o controle da vigência	X		
6	Especificar para cada código de procedimento: o sexo, a faixa etária, quais especialidades podem ser associadas, bilateralidade, quantidade máxima autorizada, se permite materiais e medicamentos, quantidade máxima em uma única guia, por mês ou ano, a periodicidade permitida ou se somente uma única solicitação (unicidade)	X		
7	Registrar prestadores e guias que possuem liminares e sentenças favoráveis ao beneficiário, para que sejam destacadas em sistema e tratadas adequadamente	X		
8	Permitir o registro de carência por produto, possibilitando a especificação de carência por tipo de atendimento, regime de atendimento, caráter do atendimento, tipo de guia, detalhando o prazo em dias para esse item de carência, permitindo, ainda, especificar códigos de procedimentos com carência diferenciada dos demais itens (ex.: Cobertura Parcial Temporária)	X		
9	Permitir a configuração de coparticipação, levando-se em consideração o tipo de beneficiário (titular, dependente, servidor inativo ou exonerado), o tipo de guia, o	X		

	código de procedimento, indicando o valor da coparticipação por percentual ou valores fixos, com limitadores de teto para cada valor por item, faixa etária e teto pela remuneração do beneficiário			
10	Demonstrar o Componente Cadastral do PIN-SS, conforme regulamentação da ANS	X		
11	Demonstrar o Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS, conforme regulamentação da ANS	X		

PORTAL WEB				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
	BENEFICIÁRIO			
1	Divulgação da Rede Assistencial do CONTRATANTE, conforme o disposto na RN 285 da ANS.	X		
2	Oferecer opção de visualização por meio de mapas que indicam a localização geográfica individualizada dos prestadores (mapeamento gráfico).	X		
3	Deve ser facilmente integrável ao portal corporativo do CONTRATANTE.	X		
4	Layout deve permitir configuração através de arquivos de estilo (CSS).	X		
5	Controle de acesso por login e senha.	X		
6	Controlar o perfil de acesso dos beneficiários titulares e dependentes.	X		
7	Verificação de elegibilidade pelo Portal do Prestador.	X		
8	Possibilitar consulta pelos beneficiários das informações relativas às autorizações de procedimentos solicitados.	X		
9	Possuir filtros de pesquisa por Plano, Estado, Cidade, Bairro, Tipo de Estabelecimento e Especialidade.	X		
10	Permitir adicionar prestadores a uma lista de favoritos do usuário.		X	A VERSÃO WEB NÃO PERMITE ADICIONAR PRESTADORES AOS FAVORITOS, FUNCIONALIDADE DISPONÍVEL APENAS NO APLICATIVO MÓVEL.

11	Permitir o download e upload de documentos	X		
12	Consulta ao histórico de atendimento pelo beneficiário.	X		
13	Possibilitar a geração de relatório de histórico de coparticipação pelo beneficiário.	X		
14	Possibilitar a geração de relatório extrato financeiro pelo beneficiário	X		
15	Permitir a emissão de 2ª via de boleto pelo responsável financeiro.	X		
16	Geração de códigos de barras e QRCode para pagamento dos boletos bancários.		X	A FUNCIONALIDADE DE GERAÇÃO DE QR CODE NÃO ESTAVA DISPONÍVEL.
17	Permitir a geração de demonstrativo de rendimentos de Imposto de Renda pelo beneficiário.	X		
	PRESTADOR			
18	Permitir o download e upload de documentos.	X		
19	Impressão do demonstrativo de análise de contas médicas.	X		
20	Gerar demonstrativo de pagamento ao prestador.	X		
21	Demonstrar a solicitação e o acompanhamento de protocolos de recursos de glosas	X		
22	Permitir a emissão de demonstrativo IRRF.		X	A EMISSÃO DO COMPROVANTE DE IRRF NÃO FOI DEMONSTRADA PELA EQUIPE DA EMPRESA DURANTE A APRESENTAÇÃO, EMBORA TENHA SIDO INFORMADO QUE A FUNCIONALIDADE ESTÁ DISPONÍVEL NA SOLUÇÃO.
23	Permitir a visualização detalhada da cobrança de mensalidades, por beneficiário, contendo, no mínimo, a competência/mês a que se refere, o valor de cada mensalidade, a quantidade de dias cobrados.		X	NÃO CONSEGUIRAM DEMONSTRAR A QUANTIDADE DE DIAS COBRADOS.
24	Permitir a visualização detalhada da cobrança de coparticipação, por beneficiário, contendo, no mínimo, a competência/mês a que se refere, o valor de cada coparticipação e percentual em relação ao valor do procedimento.	X		

25	Permitir a visualização detalhada da cobrança de tarifa por emissão de boleto bancário, contendo, no mínimo, a competência/mês a que se refere, bem como o valor da tarifa.		X	A EQUIPE DA EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O VALOR DA TARIFA DURANTE A APRESENTAÇÃO.
26	Permitir a visualização detalhada da cobrança de parcelamentos, contendo, no mínimo, a competência/mês a que se refere, o valor da parcela, o número da parcela cobrada e a quantidade de parcelas totais.		X	A EQUIPE DA EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR.
27	Permitir a visualização do saldo devedor em aberto/remanescente a ser lançado nas próximas competências/meses.	X		
28	Permitir a impressão de 2º via de boletos, alteração cadastral, verificação de carências, extrato de coparticipação do beneficiário.	X		
	GERAL			
29	Disponibilizar Dicas de Saúde	X		
30	Disponibilizar acesso a notícias direcionadas aos beneficiários e prestadores.	X		

APLICATIVO MOBILE				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Fornecer aplicativo mobile nas plataformas Android e IOS.	X		
2	A identidade visual do aplicativo deve estar alinhada à do CONTRATANTE, não podendo ser uma ferramenta genérica ou com identidade visual de terceiros	X		
3	Permitir a consulta da carteirinha digital	X		
4	Permitir notificações via push no app.		X	A EQUIPE DA EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR A FUNCIONALIDADE DE ENVIO DE NOTIFICAÇÕES VIA PUSH DURANTE A APRESENTAÇÃO.
5	Controle de acesso por login e senha.	X		

6	Controlar o perfil de acesso dos beneficiários titulares e dependentes.	X		
7	Opção de busca da rede credenciada com filtros de pesquisa por Plano, Estado, Cidade, Bairro, Tipo de Estabelecimento, Especialidade e outros	X		
8	Permitir acesso às informações da rede credenciada em tempo real.	X		
9	Permitir adicionar prestadores a uma lista de favoritos do usuário.	X		
10	Disponibilizar extrato de mensalidade e coparticipações detalhada por beneficiário (titular e dependentes), com filtros por período.	X		
11	Possibilitar consulta pelos beneficiários das informações relativas às autorizações de procedimentos solicitados, com detalhamento da situação e filtros por período.	X		
12	Consulta ao histórico de atendimento pelo beneficiário.	X		
13	Opção para o beneficiário solicitar autorização prévia sob o regime de livre escolha e/ou concessão de medicamentos, com possibilidade de incluir anexos.		X	A EMPRESA NÃO DEMONSTROU A SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, INFORMANDO QUE A FUNCIONALIDADE ESTÁ DISPONÍVEL SOMENTE NO PORTAL WEB E QUE ESTÁ EM IMPLANTAÇÃO NO APP.
14	Opção para o beneficiário solicitar reembolso de procedimentos e medicamentos.	X		
15	Opção de consulta de histórico de solicitações de reembolsos, com filtros por data e situação.	X		
16	Permitir a emissão de 2ª via de boleto pelo responsável financeiro.	X		
17	Geração de códigos de barras e QRCode para pagamento dos boletos bancários.		X	A FUNCIONALIDADE DE GERAÇÃO DE QR CODE NÃO ESTAVA DISPONÍVEL.
18	Possibilitar a geração de relatório extrato financeiro pelo beneficiário.	X		
19	Possibilitar a emissão de demonstrativos de utilização pelo beneficiário, com filtros por período.	X		

20	Permitir a geração de demonstrativo de rendimentos de Imposto de Renda pelo beneficiário.	X		
21	Canal para recebimento de mensagens, notificações e comunicados diversos a ser encaminhado pelo CONTRATANTE.	X		
22	Disponibilizar Dicas de Saúde.	X		
23	Disponibilizar acesso a notícias direcionadas aos beneficiários e prestadores.	X		
24	Funcionalidade "Fale Conosco", com a disponibilização dos meios de contato (central de atendimento, ouvidoria, site e outros) e solicitação de informações.		X	A FUNCIONALIDADE ESTAVA BLOQUEADA.
25	Permitir adicionar os dados do prestador aos contatos do usuário.	X		
26	Permitir compartilhar os dados do prestador através de outros aplicativos do celular (quando disponíveis).	X		
27	Acesso integrado aos planos de saúde parceiros (ex.: Unimed)		X	EMBORA A COMISSÃO RECONHEÇA A COMPLEXIDADE TÉCNICA DO ITEM, A EMPRESA NÃO APRESENTOU QUALQUER EVIDÊNCIA DE INTEGRAÇÃO COM OS PLANOS DE SAÚDE PARCEIROS CONFORME EXIGIDO.

REGULAÇÃO				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Modulo deve ser totalmente WEB para gestão das guias que necessitam de auditoria do CONTRATANTE. Deve possibilitar que todo o trabalho de regulação (pareceres, autorização, negativa, pareceres da auditoria concorrente e retrospectiva, geração de senha, análise de anexos, etc.) sejam feitos através do módulo, sem necessidade de acessar outras partes do sistema		X	A EXECUÇÃO DESTE ITEM EXIGE DOIS MÓDULOS DISTINTOS, TORNANDO O TRABALHO DO PERITO MAIS COMPLEXO.
2	Comunicação automática entre portal e módulo de regulação para recebimento das solicitações dos prestadores de todos tipos de guias.	X		

3	O sistema deve permitir que o prestador solicite pelo módulo de autorização as seguintes guias, conforme Padrão TISS vigente: - Guia de consulta - Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) - Guia de Solicitação de Internação - Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento - Guia de Resumo de Internação - Guia de Honorários (Anexo de Outras Despesas; Anexo de Solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME; Anexo de Solicitação Quimioterapia; Anexo de Solicitação, Radioterapia; Home Care)	X		
4	Identificar os procedimentos que necessitam de autorização prévia por tipo (exames básicos, procedimentos básicos, exames especiais e de alta complexidade e procedimentos especiais e de alta complexidade)	X		
5	Permitir o acompanhamento dos prazos das autorizações pelo CONTRATANTE, de acordo com o andamento e o tipo da solicitação	X		
6	O sistema deve permitir o acompanhamento das guias por filas e prazos de garantia de atendimento: - Fila de Regulação - Fila de Cotação e Aquisição de OPME - Fila de pendência do Prestador - Fila de Perícia e Junta Médica	X		
7	As guias/senhas devem conter alerta para pacientes internados e com judicialização	X		
8	Apresentar histórico de guias reguladas para o respectivo regulador que processou aquela solicitação.	X		
9	Possibilitar o registro de contato com o médico solicitante para fins de regulação	X		
10	Permitir cadastro de motivos de pendência de regulação.	X		
11	Permitir a regulação de guias, possibilitando ainda colocar guias em espera para serem tratadas em momento posterior, registrar guia para filas de regulação existentes	X		
12	Apresentar a guia a ser regulada para um regulador, de forma automática, sem a necessidade de seleção de guia em uma fila, conforme definições do sistema	X		

13	Permitir a visualização das guias reguladas, mostrando pelo menos os seguintes dados: - Dados do solicitante - Dados cadastrais do beneficiário - Quadro clínico do paciente - Histórico do paciente - CID - Informações sobre liminares judiciais relacionadas ao paciente - Diretrizes aplicáveis ao caso - Jornada de guia(fluxos e filas que passou) e - Informação da ação selecionada pelo regulador - Anexos	X		
14	Configuração de prioridade para visualização das guias, com critérios parametrizáveis pelo CONTRATANTE (beneficiários no local, prioritários, prazos da RN259 ou outros estabelecidos pelo Fascal).	X		
15	Permitir o registro de uma guia como pendência, com a possibilidade de solucionar a pendência, retornando a guia para seu fluxo de regulação, sem a necessidade de reapresentação da guia.		X	QUANDO A GUIA ESTÁ PENDENTE E RETORNA AO PRESTADOR, NÃO É POSSÍVEL ENCAMINHÁ-LA NOVAMENTE AO MÓDULO DE REGULAÇÃO, FICANDO ESSA AÇÃO RESTRITA AO MÓDULO DO PRESTADOR.
16	Autorização ou negação de itens individual ou em massa (por quantidade e quantidade fracionada).	X		
17	Autorização ou negação total ou parcial.	X		
18	Possibilidade de o prestador reapresentar guias negadas ao CONTRATANTE informando o motivo da reapresentação.		X	A EMPRESA INFORMOU QUE TAL FUNCIONALIDADE NÃO ESTÁ DISPONÍVEL NA SOLUÇÃO APRESENTADA.
19	Permitir a integração com módulos de autorização automáticas, sejam baseados em regras ou IA ou qualquer tecnologia similar			ANULADA
20	Permitir a criação e a posterior validação de limites de recorrência para execução dos procedimentos bloqueando a autorização do	X		

	que os excederem.			
21	Permitir registrar a execução de uma guia dentro do Histórico de Solicitações.	X		
22	Permitir a revalidação da guia, prorrogando a data de vencimento inicial.		X	A EMPRESA INFORMOU QUE ESSA FUNCIONALIDADE NÃO ESTÁ DISPONÍVEL NESTE MÓDULO, ESTANDO PRESENTE SOMENTE NO MÓDULO GESTOR.
23	Permitir envio da guia para a reanálise da regulação.		X	A EMPRESA INFORMOU QUE NÃO POSSUI ESSA FUNCIONALIDADE.
24	Permitir que o prestador resolva pendência sinalizada durante a regulação.	X		
25	Permitir que o prestador visualize o registro das movimentações de uma guia ao longo da sua jornada, iniciando pela solicitação.		X	COMO OS MÓDULOS SÃO DIFERENTES AS INFORMAÇÕES DE TODA A MOVIMENTAÇÃO E OS REGISTRO DA GUIA NÃO FICAM EM UM UNICO MÓDULO.
26	Permitir definição de alçadas de regulação.	X		
27	Opção de habilitar campo para que usuários forneçam orientação e pareceres nas etapas relacionados a guias.	X		
28	Ferramenta de criação de fluxos parametrizáveis de regulação para auditoria de guias de solicitação de serviço de saúde, com definição das etapas a serem cumpridas pelo CONTRATANTE para regular uma guia.	X		
29	Função de priorização de fluxos de trabalho de regulação.		X	EMBORA A EMPRESA TENHA INFORMADO QUE A PRIORIZAÇÃO É POSSÍVEL, NÃO CONSEGUIU DEMONSTRÁ-LA DURANTE A AVALIAÇÃO DO ITEM EM QUESTÃO.
30	Funcionalidade de "trava" de guias por usuário, com auditoria de ações, para que colaboradores responsáveis pela mesma atividade não sobreponham decisões uns dos	X		

	outros, ou atrapalhem a regulação da guia de alguma forma.			
31	Cadastro de notificações de mudança de status(RN395) que podem ser enviadas manualmente ou automaticamente por e-mail, SMS e CRM configuráveis ao usuário responsável, prestador e beneficiário da guia, permitindo que sejam enviadas apenas se a guia estiver em uma etapa específica do fluxo de regulação.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ENVIO DE MENSAGENS VIA SMS.
32	Opção de configurar automações que serão disparadas automaticamente em etapa, como notificação dos prestadores, habilitar geração de senha, habilitar edição de procedimentos, valores, dentre outros.		X	A EMPRESA NÃO APRESENTOU CONFIGURAÇÃO DE EDIÇÃO DE VALORES, ENTRE OUTROS.
33	Possibilidade de anexar arquivos à guia, com a opção de não mostrar ao prestador, e possibilidade de especificar o tipo de anexo para facilitar a análise.	X		
34	Acesso a toda utilização do beneficiário no plano.	X		
35	Acesso a informação cadastral do prestador, com possibilidade de verificar documentos como contratos e aditivos.		X	A EMPRESA NÃO DISPONIBILIZA O ACESSO AOS CONTRATOS NO MÓDULO DE REGULAÇÃO, SENDO ESSA FUNCIONALIDADE OFERECIDA EM MÓDULO DISTINTO.
36	Acesso a informação cadastral do beneficiário.	X		
37	Acesso a informação cadastral do procedimento.	X		
38	Gerar relatórios (sintético e analítico) para avaliação de produtividade dos auditores/colaboradores, com quantidade de guias reguladas, pareceres adicionados e tempo gasto em cada guia.		X	APESAR DE GERAR RELATÓRIOS SINTÉTICOS E ANALÍTICOS, A EMPRESA NÃO DEMONSTROU OS PARECERES ADICIONADOS NEM O TEMPO GASTO POR GUIA, CONFORME SOLICITADO NO ITEM, INFORMANDO QUE TAIS FUNCIONALIDADES

				PODEM SER CUSTOMIZADAS.
39	Recebimento automático das guias e possibilidade de configuração para marcar quando o beneficiário está no local e quando há dependência de documentação para liberação da guia.	X		
40	Possibilidade de visualização de guia em vários fluxos simultaneamente, com identificação visual dos usuários em trabalho.	X		
41	Possibilidade de alternar os fluxos manualmente para guias que possuem serviços que devem ser auditados por responsáveis diferentes.	X		
42	Liberdade para que o CONTRATANTE mude a guia de fluxos manualmente, para tratar exceções em que não seja necessário/viável seguir o padrão configurado no sistema.		X	NÃO POSSUI A FUNÇÃO DE MUDAR O FLUXO DO PRESTADOR. SENDO NECESSÁRIO ENTRAR EM OUTRO MÓDULO PARA FAZER A MUDANÇA DE FLUXO.
43	Possibilidade de alteração de serviços diretamente pelo módulo de regulação, com configuração de acesso por usuário.	X		
44	Possibilidade de inserção de valores de serviços, materiais, medicamentos, taxas e diárias diretamente pelo módulo de regulação.	X		
45	Verificação de restrições de autorização (regras para impedir a autorização automática) relacionadas aos serviços e beneficiários de todos itens das guias.	X		
46	Possibilidade de configuração de transições entre todas etapas do fluxo de regulação, para movimentar a guia de acordo com a necessidade.		X	NÃO POSSUI A FUNÇÃO DE MUDAR O FLUXO DO PRESTADOR. SENDO NECESSÁRIO ENTRAR EM OUTRO MÓDULO PARA FAZER A MUDANÇA DE FLUXO.
47	Possibilidade de transitar a guia para etapas anteriores caso o seja necessário algum esclarecimento ou documentação.		X	NÃO POSSUI A FUNÇÃO DE MUDAR O FLUXO DO PRESTADOR. SENDO NECESSÁRIO ENTRAR EM OUTRO MÓDULO PARA FAZER A MUDANÇA DE FLUXO.

48	Possibilidade de direcionar a guia para o prestador caso seja necessário algum esclarecimento ou documentação.	X		
49	Interação do prestador com a regulação de suas guias através do portal web, sem necessidade de e-mails ou telefonemas.	X		
50	Possibilidade de o prestador anexar documentos e observações para análise da regulação através do portal.	X		
51	Versionamento de fluxos e a possibilidade (des)habilitar fluxos suas versões.	X		
52	Cadastro de fluxo padrão para recebimento de guias que não entram nas pré condições dos fluxos existentes.	X		
53	Permite configuração de paralelismo entre fluxos, para tratar casos em que a guia precise ser regulada por setores diferentes ao mesmo tempo.		X	A EMPRESA TENTOU DEMONSTRAR A FUNCIONALIDADE, PORÉM INFORMOU NECESSITAR DE PRAZO ADICIONAL PARA REALIZAR A CUSTOMIZAÇÃO NECESSÁRIA.
54	Configuração de pré-condições nos fluxos de trabalho para filtragem de tipos de guia que entram em determinado fluxo de regulação.	X		
55	Configuração de critérios de entrada no fluxo para recebimento de tipos de guias específicas no fluxo de regulação, direcionando o trabalho do CONTRATANTE automaticamente.	X		
56	Configuração de transição automática de etapa e fluxos quando há somente uma ação possível.	X		
57	Filtragem de guias por: fila, itens concluídos e em espera, com ou sem prazo, número da guia, senha, tipo de guia, período de solicitação, prazo da RN259, situação da autorização, aguardando documentação do prestador ou beneficiário, grupo de prioridade, contratado, beneficiário, fluxo e etapa de regulação, tipo de trava, travado com, beneficiário no local, regime de atendimento, em processamento, dentre outros.		X	A EMPRESA MOSTROU TODAS AS FILTRAGEM, PORÉM NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O FILTRO POR GUIAS NEGADAS.

58	Sistema de alerta aos colaboradores para e-mails/SMS não enviados e excesso de solicitações aguardando regulação.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ITEM CONFORME AS ESPECIFICAÇÕES REQUERIDAS.
59	Possibilidade de geração de senha através do módulo.	X		
60	Acesso ao histórico de regulação da guia, com as etapas em que ela passou, os usuários que trabalharam na guia, os pareceres emitidos e o resultado final.		X	COMO OS MÓDULOS SÃO DISTINTOS, OS HISTÓRICOS DAS MOVIMENTAÇÕES E OS REGISTROS VINCULADOS À GUIA NÃO FICAM CONCENTRADOS EM UM ÚNICO MÓDULO.
61	Emissão de carta de negativa automaticamente.		X	EMBORA TENHA INFORMADO POSSUIR O SERVIÇO, A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRÁ-LO, POIS O SISTEMA NÃO FOI PREPARADO ADEQUADAMENTE PARA A APRESENTAÇÃO.
62	Alerta de regulação de guia por e-mail.		X	EMBORA TENHA INFORMADO POSSUIR O SERVIÇO, A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRÁ-LO, POIS O SISTEMA NÃO FOI PREPARADO ADEQUADAMENTE PARA A APRESENTAÇÃO.
63	Emissão de guia.		X	A EMPRESA INFORMOU QUE A IMPRESSÃO SÓ É POSSÍVEL EM MÓDULO DISTINTO, SENDO VIÁVEL REALIZAR A IMPRESSÃO NO

				MÓDULO DE GESTÃO.
64	Dashboard com as informações de regulação em tempo real.	X		
65	Função de prorrogação de validade da guia pelo módulo de regulação.		X	A FUNCIONALIDADE ESTÁ DISPONÍVEL APENAS EM MÓDULO DISTINTO, SENDO VIÁVEL SUA EXECUÇÃO POR MEIO DO MÓDULO DE GESTÃO.
66	Possibilitar que o prestador solicite senhas e insira documentos pela WEB, para todos os tipos de autorização (SADT – Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia, internação, prorrogação, material, medicamento, atendimento domiciliar e remoção).	X		
67	Emitir senhas aos credenciados, relativas a eventos considerados especiais e que requerem autorização prévia, mediante critérios preestabelecidos pelo CONTRATANTE e suportados por informações relativas ao histórico de utilização, em tempo real, do beneficiário e dos prestadores.	X		
68	Formalizar ao prestador as senhas emitidas (inclusive atendimento domiciliar) diretamente pelo sistema, de acordo com protocolos operacionais definidos pelo CONTRATANTE.	X		
69	Informar a liberação/autorização de senha ao beneficiário por SMS (Short Message Service) e/ou e-mail (inclusive atendimento domiciliar), ou outros serviços de comunicação, conforme protocolo a ser definido pelo CONTRATANTE.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ITEM TENDO EM VISTA O ENVIO DE SMS.
70	Informar aos beneficiários por SMS, e-mail ou outros serviços de comunicação, os casos "Em andamento" e "Negativas" de forma a atender às exigências da ANS (RN 395, dentre outras).		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ITEM TENDO EM VISTA O ENVIO DE SMS.
71	Enviar e-mail automático aos prestadores com o status de liberação das senhas: "autorizado", "em andamento" e "negativas", com as devidas justificativas detalhadas.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ITEM.
72	Conceder senhas para processos especiais de atendimento domiciliar como: home care, ventilação mecânica, medicare, monitoramento, gerenciamento de crônicos, fisioterapia domiciliar, fonoterapia domiciliar,	X		

	curativo domiciliar, medicamentos e materiais relacionados ao atendimento, fisioterapia, cirurgia refrativa, medicamentos e materiais de alto custo, psicologia, fonoaudiologia, RPG, hidroterapia, entre outros a serem definidos pelo CONTRATANTE.			
73	Controlar todos os pedidos de senhas, inclusive os pedidos que possuem pendências de documentação e/ou que necessitem de informações complementares, tais como: relatórios médicos, pareceres, laudos, entre outros.	X		
74	Disponibilizar uma funcionalidade para: (i).analisar/controlar as solicitações dos prestadores de serviço de home care e beneficiários que utilizam os programas (recebimentos, retorno com senha e solicitações); (ii) controle atualizado com transferências de autorizações, recebimentos e questionamentos sobre o atendimento	X		
75	Permitir à equipe do CONTRATANTE os seguintes acessos: (i) consulta em tempo real do andamento das autorizações (as consultas poderão ocorrer através de diversos filtros, tais como: por beneficiário, por credenciado, por evento, etc.) acesso em tempo real ao sistema para inserção de pareceres pela equipe do CONTRATANTE.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ITEM REFERENTE ÀS GUIAS NEGADAS, ENTRETANTO INFORMOU QUE A FUNCIONALIDADE PODE SER CUSTOMIZADA.
76	Permitir a inclusão de protocolos médicos definidos pelo CONTRATANTE para regulação.	X		
77	Realizar a manutenção e atualização da Tabela Geral de Eventos (parametrização e criação de códigos) conforme regras definidas pelo CONTRATANTE, rol de procedimentos ANS e sociedades médicas.	X		
78	Disponibilizar um painel de indicadores no CONTRATANTE, para acesso dos usuários, através dos seus respectivos desktops, inclusive de forma simultânea, com as seguintes informações: - quantidade de senhas pendentes de autorização; - quantidade de senhas em fila de espera para análise; - quantidade de senhas pendentes com beneficiários no local; - tempo médio para autorização da senha;		X	A EMPRESA NÃO PREPAROU O PAINEL CONFORME O REQUISITO PREVISTO, IMPOSSIBILITANDO A DEMONSTRAÇÃO DAS FUNCIONALIDADES ESTABELECIDAS NO ITEM.

	- quantidade de senhas autorizadas antes, no dia e depois do procedimento por modalidade: internação, remoção, SAD, quimioterapia, atendimento domiciliar, material especial, terapias (Fisioterapia, Fonoaudiologia, etc.), procedimentos ambulatoriais; - tempo de autorização da senha dividido nos intervalos, por modalidade: internação, remoção, quimioterapia, procedimentos ambulatoriais e SAD. - fila com status dos beneficiários específicos definidos pelo CONTRATANTE.			
--	---	--	--	--

MÓDULO DE AUDITORIA				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Cadastro de Regras de auditoria eletrônica (parametrização de regras) por procedimento, por prestador e por beneficiário.	X		
2	Parâmetros de auditoria eletrônica por prestador/ procedimento/ período.	X		
3	Parametrizar serviços com dependência obrigatória e dependência proibitiva.		X	A EMPRESA INFORMOU QUE CONSEGUE PARAMETRIZAR, PORÉM NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR NA AVALIAÇÃO DO ITEM.
4	Permitir parametrizar hierarquia das glosas.	X		
5	Cadastro de motivos de negativas e pendências na autorização de guias.	X		
6	Validar restrição de atendimento do prestador/ procedimento/ período caso exista alguma.	X		
7	Pesquisa pelo número da guia.	X		
8	Visualizar o histórico clínico do beneficiário.	X		
9	Disponibilizar informações do cadastro do beneficiário, inclusive cidade, idade, carência e outras a critério do CONTRATANTE.	X		
10	Disponibilizar informações sobre o cadastro do credenciado inclusive, especialidade (permissões), cidade e perfil de risco e outras a critério do CONTRATANTE.	X		
11	Possibilitar a mudança no status do procedimento.	X		

12	Campo específico para contato do auditor clínico/ auditoria do CONTRATANTE (com permissão de visualização apenas da auditoria clínica e auditoria).	X		
13	Detalhamento de serviços: especialistas, visitas hospitalares, auxiliares, anestesistas.	X		
14	Conciliação automática de serviços através de importação de arquivo XML fornecido por credenciados, no padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar).	X		
15	Permitir a parametrização de todas as restrições de elegibilidade existentes no sistema, definindo as regras para autorização (autorizar, negar ou deixar pendente) e para conciliar/faturar, definindo qual restrição vai ser glosada, e já lançando automaticamente o código da glosa.		X	A EMPRESA INFORMOU QUE TEM A FUNCIONALIDADE EM OUTRO MÓDULO.
16	Permitir o controle de glosas e revisão de glosas.		X	A EMPRESA INFORMOU QUE NÃO TEM ESSA FUNCIONALIDADE.
17	Controle de valores de Materiais, Medicamentos, OPME, com importação automática das tabelas Brasindice, Simpro e Tabelas Próprias de Hospitais.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR A UTILIZAÇÃO DA TABELA PRÓPRIA DO FASCAL, CONFORME A PRÁTICA ATUALMENTE ADOTADA PELA FASCAL.
18	Liberar a guia de tratamento para pagamento (fechamento) somente após auditoria final.		X	A EMPRESA NÃO PREPAROU O SISTEMA PARA ESSE CENÁRIO SOLICITADO.
19	Relatório de validação eletrônica de procedimentos negados, por período, por credenciado, por especialidade.	X		
20	Relatório de guias de tratamento, por período, por credenciado, por especialidade.	X		
21	Criação de formulários personalizados e dinâmicos, para preenchimento dos médicos e enfermeiros auditores		X	ESSA FUNCIONALIDADE NÃO ESTÁ DISPONÍVEL NO MÓDULO DE AUDITORIA.

22	Criação de configuração de visitas para auditores específicos	X		
23	Elaboração do censo (mapa) dos internados em tempo real	X		
24	O sistema deve identificar o profissional auditor e permitir assinatura do formulário		X	NÃO FOI POSSÍVEL DEMONSTRAR A FUNCIONALIDADE QUE PERMITE A ASSINATURA.
25	O sistema deve possuir funcionalidades que permitam vincular as informações dos relatórios gerados nas visitas aos pacientes em regime de internação hospitalar e domiciliar, de modo integrado com a regulação e auditoria de contas		X	A FUNCIONALIDADE NÃO PÔDE SER DEMONSTRADA, UMA VEZ QUE OS MÓDULOS ENVOLVIDOS NÃO ESTÃO INTEGRADOS.
26	Para o gerenciamento de internados, o Sistema deve permitir: - Cadastro das visitas ao paciente internado - Cadastro das prorrogações do paciente internado - Cadastro das contas hospitalares classificadas por tipo de despesas e respectivas glosas realizadas pelos auditores externos - Controle dos custos de internação por beneficiário - Indicadores de TMI (tempo médio de internação), TMP (tempo médio de permanência) e CPD (custo por dia) - Outros, a critério da CONTRATANTE	X		
27	A plataforma de Auditoria Concorrente deve: - Ser integrada com o módulo de Regulação - Possibilitar o gerenciamento de prazos e periodicidades quanto a realização das auditorias concorrentes de leito das equipes técnicas (médico/enfermeiro), respeitando os critérios das regras do CONTRATANTE para os prestadores credenciados e para os beneficiários - Identificar a existência de pacientes internados dos quais ainda não foram regulados (sem autorização) - Atualização do formulário após os registros pelo auditor em campo - Demonstrar monitoramento das autorizações e identificar o paciente internado - Demonstrar que o Mapa dos Internados da plataforma deve gerar as ordens de serviços para a equipe interna ou de empresa de		X	A FUNCIONALIDADE NÃO PÔDE SER DEMONSTRADA, UMA VEZ QUE OS MÓDULOS ENVOLVIDOS NÃO ESTÃO INTEGRADOS.

	auditoria. Através da plataforma, os auditores recebem as ordens de serviços em tempo real para visitar os beneficiários em determinados hospitais e registrar todas as ocorrências durante a auditoria.			
28	Possibilitar que seja visualizado o regime, caráter e tipo de internação, durante uma visita a um beneficiário internado	X		
29	Possibilitar que outros especialistas, tais como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, realizem a inserção de seus pareceres técnicos quando necessário, disponibilizando o registro dessas visitas quando realizadas.	X		
30	Registrar informações de auditoria que permitam a geração de um relatório de auditoria hospitalar.	X		

AUDITORIA IN LOCO				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Pré-auditoria de faturas hospitalares in-loco no endereço da entidade credenciada lotada em Brasília e suas cidades satélites;			ANULADA
2	Possuir e disponibilizar à CONTRATANTE sistema informatizado de auditoria médica, com acesso via WEB, com as seguintes informações: - Relatório Resumo Diário, via sistema, em até 24 horas após visita de todos os Pacientes Internados, informando nome, tempo de internação, motivo da internação, quantidade de visitas médicas realizadas pela contratada, agrupados por hospital, por cidade, e a nível geral; - Relatório Diário das Visitas Agendadas pela CONTRATANTE; - Relatório de Visita a Paciente Internado, via sistema, em até 24 horas após visita, onde deverão constar, por paciente, o diagnóstico, a evolução, procedimentos realizados, rotinas e as medicações ministradas, equipamentos e materiais utilizados diariamente;	X		
3	Relatório Gerencial Mensal de Estudo de Custos Hospitalares, contendo as seguintes informações acerca do período consultado: quantidade de internações, quantidade de dias de internação, média de permanência	X		

	hospitalar, Custo Hospitalar, Percentual de glosa do custo hospitalar, custo com honorários médicos, percentual de glosa do honorário médico, custo total da internação, percentual de glosa da internação. Essas informações deverão ser disponibilizadas, por hospital, cidade e em nível geral;			
4	Elaborar Relatório Gerencial Mensal de Estudo de Glosas, por hospital e a nível geral, contendo as seguintes informações acerca do período consultado: glosas realizadas, por motivo, bem como um estudo do índice de recurso pelos hospitais, bem como o índice de aceitação do recurso dos credenciados, informando também a glosa final, após recursos;		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ATENDIMENTO AO ITEM.
5	Relatório Médico por Paciente, onde deverá constar o diagnóstico, tempo de internação, previsão de alta, tipo de acomodação, entre outras informações necessárias ao acompanhamento por parte da equipe médica da CONTRATANTE;	X		
6	Relatório de Custo Médio dos Procedimentos Cirúrgicos mais frequentes, por Hospital, considerando para tanto os valores para os períodos pré-cirúrgico e pós-cirúrgico, justificando-os.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ATENDIMENTO AO ITEM.
7	Relatório Gerencial Mensal de Estudo de Custos Ambulatoriais de Quimioterapia e hemodiálise, contendo as seguintes informações acerca do período consultado: quantidade de tratamentos, Custo Ambulatorial, Percentual de glosa do custo ambulatorial, custo com honorários médicos, custo total do tratamento, percentual de glosa;		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR O ATENDIMENTO AO ITEM, UMA VEZ QUE O RELATÓRIO APRESENTADO POSSUI CARÁTER GERAL E NÃO EVIDENCIA DE FORMA ESPECÍFICA OS REQUISITOS EXIGIDOS

MÓDULO DE FATURAMENTO E ANÁLISE DE CONTAS MÉDICAS E HOSPITALARES				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações

1	O sistema deverá ler arquivos eletrônicos de faturas, no padrão TISS (.xml), enviados pelos credenciados.	X		
2	Possibilitar os recursos de glosa.	X		
3	Permitir a conclusão da auditoria somente após todas as justificativas de glosa, conforme códigos estabelecidos no Padrão TISS.	X		
4	Permitir trabalhar com quantidade fracionada de medicamento, e calcular automaticamente o valor a ser pago (proporcional).	X		
5	Constituir as provisões de valores a pagar, com base nos atendimentos realizados.	X		
6	Disponibilizar relatório de pagamentos efetuados e descontos realizados aos credenciados.	X		
7	Deverá permitir anexar documentos a uma conta médica, indicando o tipo de documento anexado.	X		
8	Verificar, no ato do recebimento dos arquivos, no mínimo, os seguintes requisitos: - Preenchimento dos campos obrigatórios - Situação cadastral do Credenciado (dados contratuais, especialidades/procedimentos habilitados) - Verificação de corpo clínico, tabelas e negociações - Situação cadastral dos beneficiários - Cumprimento de carência por parte dos beneficiários (titulares e dependentes) - Cumprimento dos limites de utilização permitidos por procedimento - Autorização prévia para os procedimentos que assim o exige		X	A DEMONSTRAÇÃO DO ITEM NÃO FOI REALIZADA DURANTE A ANÁLISE, EM RAZÃO DA AUSÊNCIA DE PREPARAÇÃO ADEQUADA POR PARTE DA EMPRESA.
9	O Sistema deverá ter alertas para todas as duplicidades de Faturas, Notas Fiscais e Guias de Atendimento.	X		
10	Permitir envio de cobrança manual por meio de digitação das contas médicas. Deve ser também garantido o retorno sobre a validação das informações e envio de alertas de inconsistências para o prestador.	X		
11	Permitir configuração do calendário de faturamento para todos os prestadores ou para prestador específico, indicando o tipo de faturamento a ser aberto para recepção de contas (médico ou recurso de glosa) e data limite de atendimento em dias para recuperação de produção.		X	NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR A SEPARAÇÃO DOS PRESTADORES COM BASE NO CALENDÁRIO DE FATURAMENTO.

12	Com base nas datas de admissão, regime de internação, informações da regulação e da auditoria concorrente, deve fornecer indicações de pacientes internados que devem ser visitados.			
13	Possibilitar que as visitas realizadas sejam visualizadas, durante o período de internação do beneficiário, identificando o profissional que a realizou e a data da realização.			
14	Possibilitar inserir um evento adverso quando identificado, durante a visita ao paciente internado.			
15	Possibilitar inserir alta a um beneficiário durante visita, assim como indicar a desospitalização por Home Care ou até mesmo a prorrogação da internação do beneficiário			
16	Impedir o envio de guias fora do prazo estipulado dentro do calendário de faturamento			
17	Deve ser possível configurar quais itens devem passar por auditoria de bancada como por exemplo, liberar para auditoria de bancada apenas guias com MatMed (materiais e medicamentos) ou Honorários Médicos			
18	Permitir a realização de auditoria de bancada (auditoria técnica feita por médicos e enfermeiros), após a recepção das contas, possibilitando a glosa técnica de qualquer item de uma conta configurada para esse tipo de análise			
19	Permitir a realização de análise administrativa nas contas recebidas. Deve haver filtros por prestador, lote e guias. Deve ser possível que o analista de contas glose um item integralmente ou parcialmente, necessitando da seleção de um motivo de glosa seguindo o padrão TISS, além da possibilidade de incluir uma justificativa para tal glosa			
20	Permitir o acompanhamento dos recursos de glosa (valor apresentado, apurado e glosado) durante o processo de análise administrativa			
21	Permitir o recurso de glosa, tanto via troca de arquivos, como via manual, a partir da seleção de guias a recursar			
22	Deve ser possível realizar o recurso de glosa mais uma vez, a partir de configuração na solução, mas limitada a um número máximo de vezes permitido para recorrer sobre um conjunto de guias			

23	Permitir o envio de notas fiscais tanto na entrada dos lotes (pré) como após análise das contas (pós), permitindo associar uma ou mais notas aos lotes selecionados			
24	Permitir ativar/desativar regras personalizadas para ajudar a regular a entrada de faturamento. As regras poderão ser aplicadas para todos os prestadores ou para prestadores específicos			
25	Executar o fechamento automático do lotes que não necessitam passar pelas etapas de auditoria de bancada ou análise administrativa			
26	Exibir para usuário Auditor ou Administrativo, a memória de cálculo dos itens a serem analisados. A memória de cálculo irá retornar Informações do Item, tais como Tipo, Código TUSS, Tabela TUSS, Descrição, Regra aplicada, Valor anterior, Valor novo, Motivo de alterações, Ordem de aplicação			
27	Permitir registro de mais uma glosa por guia, possibilitando que o Autor registre uma glosa técnica e depois o analista Administrativo tenha possibilidade de inserir outra glosa de nível administrativo na mesma guia.			
28	Distribuir Lotes para auditoria de forma automática. A distribuição deverá respeitar o perfil de Médico e Enfermeiro para tipos de contas definidas para a atuação desses perfis.			
29	Permitir que o médico e enfermeiro tenha opções para interagir entre si, indicando itens que devem ser analisados, seja por um médico, seja por um enfermeiro.			
30	Permitir a simulação de envio de arquivo XML para fins de correção de erros antes do registro final do envio do faturamento			
31	Permitir configuração de limites por teto de remuneração para prestadores. Após etapas de Auditoria de Bancada e Análise Administrativas serem finalizadas, deve ser possível ter a visão consolidada do que atingiu o teto e que irá gerar um passivo para posterior liberação de pagamento, além de ver passivos acúmulos em meses anteriores e ter a opção de liberar o pagamento parcial ou integral desses passivos na competência que estiver sendo fechada			
32	Glosas automáticas de valores e itens parametrizados, após leitura do arquivo TISS do prestador.			

33	Relatório de faturamento para pagamento dos credenciados, detalhando no mínimo, o prestador (nome e CNPJ), período de competência, número de fatura e nota fiscal, data de emissão, valor apresentado, glosas, outros descontos, retenção de impostos, valor líquido, processo SEI e outros a critério da CONTRATANTE.			
34	Relatório de pagamento de recurso de glosa, detalhando no mínimo, o prestador (nome e CNPJ), período de competência, número de fatura e nota fiscal, data de emissão, valor apresentado, glosas, outros descontos, retenção de impostos, valor líquido, processo SEI e outros a critério da CONTRATANTE.			
35	Relatório de reembolso com, no mínimo, as informações: competência, individualização do beneficiário, dados bancários, CPF, valor apresentado e a pagar individualizado por solicitação e agrupado por beneficiário.			

MÓDULO FINANCEIRO				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Permitir o controle de adiantamentos e parcelamentos de pagamentos ao prestador.	X		
2	Permitir o cancelamento ou alteração da situação das Notas Fiscais enviadas pelo prestador.	X		
3	Permitir a aglutinação dos arquivos da Nota Fiscal, anexos e demonstrativos financeiros dos prestadores em formato .pdf		X	NÃO CONSEGUIRAM DEMONSTRAR A AGLUTINAÇÃO DOS ARQUIVOS.
4	Permitir o registro de descontos financeiros incidentes nos pagamentos dos prestadores.	X		
5	Permitir o controle e acompanhamento do envio de Notas Fiscais em processo de pagamento.	X		
6	Conciliação do faturamento (faturas emitidas x faturas baixadas).		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

7	Permitir descontos nos faturamentos.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
8	Tributação de impostos seguindo as leis vigentes para faturamento.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
9	Emitir relatórios de baixa de processos de pagamento contendo no mínimo OB, fatura, NF, valor individualizado por fatura e somatório e outros filtros solicitados pela contratante.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU APRESENTAR UM RELATÓRIO ÚNICO QUE CONTEMPLASSE TODOS OS REQUISITOS EXIGIDOS NO ITEM.
10	Emitir relatório de faturas enviadas, com emissão de relatório em CSV, com possibilidade de aplicação de filtros por credenciado, períodos e situação de pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
11	Emitir relatório de faturas pagas em recurso de glosa com emissão de relatório em CSV, com possibilidade de aplicação de filtros por credenciado, períodos e situação de pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
12	Possibilitar a automatização da rotina de cobrança e conciliação de pagamentos automaticamente.	X		
13	Realizar a cobrança/faturamentos por meio das seguintes formas de pagamento: boleto bancário ou consignação em folha de pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
14	Permitir o cadastro ou a exclusão de outras formas de pagamento, como por exemplo o débito em conta corrente	X		
15	Gerar cobrança/faturamento de acordo com as rubricas de desconto/consignação em folha de pagamento parametrizadas		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
16	Permitir a parametrização de novas rubricas de desconto/consignação em folha de pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

17	Permitir geração de cobrança/faturamento por diferentes datas de vencimento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
18	Acompanhar e controlar o saldo devedor individualizado, cobrando mensalmente aos beneficiários, os valores referentes às mensalidades, coparticipação, tarifas e parcelamentos		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
19	Permitir o acesso ao extrato de utilização dos beneficiários com o valor individualizado e total das despesas, o detalhamento de cobrança de mensalidades, coparticipação, tarifas e parcelamentos, bem como a visualização e impressão de boleto bancário para pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
20	Permitir negociações do valor nominal, da multa, dos juros e dos parcelamentos, conforme programa de recuperação de crédito vigente	X		
21	Gerir e controlar os beneficiários inadimplentes, inclusive com a emissão de carta de cobranças aos inadimplentes. Emitir comprovante de que a carta de cobrança foi enviada		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU APRESENTAR COMPROVANTE DE ENVIO DA CARTA DE COBRANÇA.
22	Permitir geração em lote de cobrança de boletos bancários aos beneficiários/contratantes. Além disso, possibilitar a geração de 2º via do boleto individual, com cobrança de encargos financeiros, se for o caso	X		
23	Parametrizar tabela salarial/remuneratória dos servidores para o correto enquadramento na faixa remuneratória/salarial e correta cobrança de mensalidade		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
24	Permitir geração em lote de cobranças de consignados da folha de pagamento. Além disso, possibilitar a geração de remessas extras de cobranças ao longo do mês.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
25	Permitir registro de baixa de pagamento para as cobranças de mensalidades, coparticipação, tarifa ou parcelamento, tanto para boletos bancários como para consignados da folha de pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

26	Permitir a edição de parametrização das regras de cancelamento, suspensão e reativação de beneficiários inadimplentes, conforme resolução vigente		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
27	Permitir a geração de relatório mensal dos beneficiários que não tiveram nenhum valor descontado/consignado na folha de pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
28	Gerar extrato com os valores descontados/consignados em folha de pagamento, os valores ressarcidos e devolvidos, bem como o saldo devedor		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
29	Gerir e controlar os beneficiários exonerados mensalmente em sistema, com importação de arquivo do sistema de folha de pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
30	Permitir importação da carga salarial/remunerações dos beneficiários que estão na folha de pagamento		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
31	Possibilitar ajuste manual da cobrança		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
32	Permitir cobrança retroativa		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
33	Realizar a cobrança de pro rata, tanto para casos de inclusão/exclusão de beneficiário, como para os casos de mudança no tipo de vínculo de beneficiário (dependência econômica para dependência não econômica). Por exemplo, se o dependente fizer aniversário no dia 10 do mês, tornando-se maior de idade, o sistema deverá cobrar 10 dias como filho menor e 20 dias como filho maior. No caso de inclusão ou exclusão de titular ou de dependente, o sistema também deverá calcular a pro rata		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
34	Gerar cobrança apenas de coparticipação, sem a geração de cobrança de mensalidade, para os casos em que o beneficiário tenha sido excluído, mas ainda haja valores de coparticipação em aberto.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
35	Emitir relatório de conciliação das cobranças (cobranças emitidas x cobranças pagas), contendo a divergência de valores cobrados		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA

	entre uma competência e outra, bem como a cobrança ou restituição de valores.			EMPRESA.
36	Emitir relatório dos beneficiários que não tiveram nenhum valor descontado a título de mensalidade, em folha de pagamento.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
37	Exibir uma crítica/alerta com os erros na importação do arquivo com valor descontado em folha de pagamento. Ex.: Matrícula não encontrada, valor descontado a maior, menor ou zero.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
38	Emitir relatório mensal de inadimplentes, por período (acima de 90 dias) para envio ao cartório de protesto e (acima de 540 dias) para inclusão na dívida ativa, ou outro período definido pela legislação vigente.	X		
39	Excluir beneficiário com mais de 60 dias consecutivos de inadimplência.	X		
40	Suspender a emissão de cobrança de mensalidades de beneficiários com mais de 60 dias consecutivos de inadimplência, emitindo apenas a cobrança de coparticipações em aberto.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
41	Excluir beneficiário com mais de 90 dias, consecutivos ou não, de inadimplência, a contar dos últimos 12 meses.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
42	Suspender a emissão de cobrança de mensalidades de beneficiários com mais de 90 dias, consecutivos ou não, de inadimplência, a contar dos últimos 12 meses, emitindo apenas a cobrança de coparticipações em aberto.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
43	Gerar histórico de negociações/parcelamentos realizados com os inadimplentes com o respectivo histórico de quitação da dívida	X		
44	Permitir devolução de valores pagos em duplicidade.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
45	Gerar relatórios dinâmicos, analíticos e sintéticos (tipo de beneficiários, vencimentos, pagamentos, competência, mensalidades, coparticipações, tarifas, parcelamentos, etc).		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
46	Gerar relatório de Imposto de Renda da Pessoa Física.	X		

47	Gerar relatório da vida financeira/histórico financeiro do beneficiário.	X		
48	Gerar arquivo de cobrança em leiautes distintos, de acordo com os sistemas utilizados pelo contratante para a correta cobrança de mensalidades, coparticipações, tarifas, parcelamentos e demais rubricas necessárias.	X		
49	Receber e processar o arquivo de retorno de cobrança de mensalidades, coparticipação, tarifas e parcelamentos, bem como realizar a conciliação bancária.	X		
50	Gerenciar, controlar, calcular e cobrar os parcelamentos de dívidas de beneficiários.	X		
51	Gerir, controlar e cobrar os beneficiários inadimplentes, inclusive negativando os beneficiários que não saldarem suas dívidas (protesto em cartório e envio para dívida ativa).	X		
52	Emitir boleto bancário, com envio automático em PDF para o e-mail do beneficiário, possibilitando a sua impressão diretamente pelo portal de serviços web em PDF, inclusive segunda via.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
53	Emitir comprovante do envio do boleto bancário ao beneficiário. Assim como expedir relatório mensal de todos os e-mails enviados com os boletos bancários dos beneficiários.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
54	Calcular multa e juros para os pagamentos em atraso, com campos parametrizáveis.	X		
55	Registrar no módulo cadastro o <i>status</i> de inadimplente e retornar ao status de adimplente quando solucionada a pendência financeira (quitação total ou parcial a partir da negociação de débitos).		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
56	Permitir a elaboração de extrato de cobrança segregado por beneficiários e período selecionável, integrado com o portal de serviços web e aplicativo.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
57	Permitir geração do extrato de utilização e extrato das cobranças relativos às despesas realizadas, por beneficiário.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
58	Permitir o detalhamento dos boletos agrupados por mensalidade, coparticipação, tarifa e parcelamento.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

59	Apurar desconto mensal final dos beneficiários na folha de pagamento, resultante da aplicação dos percentuais máximos de desconto por rubrica, conforme a sua remuneração mensal, inclusive controlando o saldo devedor do beneficiário.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
60	Possibilitar renegociação/parcelamento de dívidas de beneficiários, com os devidos ajustes sobre o saldo devedor, conforme índices, multas e juros parametrizáveis.	X		
61	Integrar e emitir relatórios contábeis, financeiros, fiscais e de folha de pagamento.	X		
62	Permitir o detalhamento de débitos em uma única cobrança ou em cobranças de parcelas de um parcelamento, seja mediante boleto bancário, seja via folha de pagamento.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
63	Calcular automaticamente multa, juros e correção monetária de acordo com regras financeiras vigentes na Legislação do Distrito Federal sobre o tema.	X		
64	Permitir a geração de documentos de cobranças avulsas.	X		
65	Permitir a cobrança de pro rata.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
66	Permitir baixas manuais ou automáticas, através de arquivos digitais enviados pelos bancos.	X		
67	Permitir integração com sistemas de negativação de beneficiários, tais como Protestos em Cartórios, SPC ou SERASA.	X		
68	Permitir parametrização automática de suspensão e reativação de beneficiários inadimplentes, conforme regras estabelecidas na legislação vigente.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
69	Permitir parametrização automática de cancelamento de beneficiários inadimplentes, conforme regras estabelecidas na legislação vigente.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
70	Permitir a existência de mais de uma regra de cobrança para grupos diferentes		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
71	Permitir a suspensão e o cancelamento de forma automática do plano de saúde dos		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA

	beneficiários inadimplentes, mediante notificação prévia por meio eletrônico.			EMPRESA.
72	Permitir a geração de relatório com os valores pagos, detalhado por tipo de rubrica (mensalidade, coparticipação, tarifa, parcelamentos e outros), por tipo de de beneficiário (titular, dependente econômico, não econômico, optante e outros)		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
73	Controlar os beneficiários exonerados e falecidos, mensalmente, via importação de arquivos entre os sistemas da Contratada e Contratante. Essa funcionalidade deverá constar também no módulo cadastro.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
74	Possibilidade de integração com o sistema financeiro do CONTRATANTE para envio das informações referente a pagamentos da Rede Credenciada.	X		
75	Permitir a visualização, de forma destacada das demais, das cobranças que foram negativadas (protestadas em cartório, enviadas para a Dívida Ativa, etc).	X		

CONTROLADORIA				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Integração e Contabilização Perdas Estimadas com Créditos de Liquidação Duvidosa-PECLD (clientes com valores em aberto de acordo com o período estabelecido pela CONTRATANTE, são consideradas duvidosos, então, todas as parcelas e não apenas as vencidas devem ser contabilizadas como PECLD).	X		
2	Possibilidade de provisionamento de valores dos prestadores. Os valores dos prestadores precisam ser provisionados no financeiro no momento em que forem conhecidos, ou seja, os eventos ocorridos e avisados deverão ser reconhecidos no momento em que recebermos o aviso do prestador, isto antecede a entrada da nota fiscal.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
3	Geração de SPED Contábil e Fiscal atendendo as especificidades da CONTRATANTE.	X		
4	Relatório de serviços pagos aos credenciados – vinculado ao procedimento e beneficiário, e o valor pago;		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

5	Gerador de relatórios com possibilidade do usuário criar seus próprios relatórios		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
6	Estatísticas, com geração de gráficos de acompanhamento e índices definidos pelo próprio usuário.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
7	Permitir utilização, para elaboração dos relatórios, dos seguintes saldos: - Acumulado do período; - saldo do período; - saldo médio ponderado do período.		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR A GERAÇÃO DO SALDO MÉDIO PONDERADO REFERENTE AO PERÍODO.
8	Permite, sem necessidade de programas de terceiros, a geração, validação e remessa dos arquivos e relatórios exigidos, tais como: - TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar; - TUSS - Terminologia Unificada em Saúde Suplementar.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

MÓDULO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS E PRESTADORES				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Geração de Número de Protocolo para cada atendimento.			
2	Inclusão de scripts tipo árvore para todos os assuntos elencados no sistema de atendimento.			
3	Permitir o acompanhamento das demandas do atendimento pelo beneficiário ou prestador.			
4	Possibilitar a transcrição dos atendimentos telefônicos com busca de palavras chaves, mantendo alertas para algumas palavras-chaves, como judicialização, denúncia, justiça, entre outros.			
5	Possibilitar registro de denúncias e prazos para apuração e resposta.			
6	Tela de controle de ocorrências exibidas por status/cor de atendimento (aberto, em atendimento...)			
7	Prover funcionalidade para atuação da equipe de atendimento dentro do sistema com a gestão de filas de atendimento de protocolos, assuntos, temas e canais. Possibilitando, também, que os protocolos possam ser encaminhados para áreas internas trabalharem			

	na resolução.			
8	Promover envio de e-mail de alertas para áreas internas responsáveis a partir do encaminhamento dos protocolos de atendimento e garantir que o beneficiário ou prestador receba e-mail como comprovante de abertura de sua solicitação			
9	Promover funcionalidade para abertura de protocolo de atendimento via Portal do Beneficiário (fale conosco)			
10	Garantir que todas as ligações recebidas e realizadas pela Central de Regulação sejam gravadas e armazenadas em meio eletrônico e deverão estar disponíveis para consulta do CONTRATANTE durante o período contratado.			
11	Controlar os prazos para solução da demanda dos beneficiários e prestadores			
12	Disponibilizar pesquisa de satisfação após o término do atendimento telefônico na central			

MÓDULO DE CRM (CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT) - ATENDIMENTO				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Tela de controle de ocorrências exibidas por status/cor de atendimento (aberto, em atendimento...)			
2	Visão de administrador das ocorrências, podendo escalonar, definir atendente, encaminhar a ocorrência.			
3	Pesquisa de Beneficiário por nome/código (exibir dados do beneficiário como nome, código, empresa, início de vigência).			
4	Pesquisa de Empresa por CNPJ, Razão Social, Nome Fantasia (exibir dados da Empresa como código, empresa, início de vigência, quantidade de vidas, beneficiários, tipo de plano).			
5	Pesquisa do Prestador por código, especialidade, nome (exibir dados como pagamentos, atendimentos, etc..)			
6	Parametrizar tipos de serviços (categorias)			
7	Parametrizar tipo de ocorrência (informação, solicitação, dúvida e reclamação).			
8	Tabela de Categorias e Subcategorias para classificação do tipo de atendimento.			
9	Cadastro de prazo de atendimento da ocorrência por segmento, categoria e nível de alçada.			

10	Cadastro de script - passo a passo - de atividades a serem executadas no atendimento (relacionado com tipo de atendimento, solicitação, seguimento e categoria). Estes scripts deverão ser visualizados em formato de diagrama na tela do atendimento, possibilitando ao usuário, quando clicar no tipo de atendimento, a exibição da ação integrada na tela.			
11	Permitir incluir ações de atividades a serem realizadas por outra área de atendimento com prazo de execução.			
12	Controle de status de atendimento da ocorrência (em andamento dentro do prazo, fora do prazo, concluídos etc.).			
13	Cadastro de atendimentos.			
14	Permitir inserções de ações no atendimento, à medida que for acontecendo novos atendimentos (manter histórico com ação, data e atendente).			
15	Acesso a documentos e manuais de apoio ao Call Center.			
16	Permitir anexar documentos nos atendimentos.			
17	Realizar pesquisas nos atendimentos (principalmente nos históricos das ações realizadas) por buscas relacionais.			
18	Histórico de atendimentos por beneficiário, prestador, empresa (exibir todas as ocorrências do beneficiário por data de abertura).			
19	Parametrizar o envio de Alertas do contato. - por assunto; - por ocorrência; - por encaminhamento; - por escalonamento; - por prazos a serem vencidos.			
20	Geração de número de protocolo de acordo com padrão exigido pela ANS.			
21	Relatórios de atendimentos: - por período; - por status; - por Beneficiário; - por Empresa; - por Prestador; - por Tipo; - por região; - por segmento, categoria, atendente.			
22	Controle de tarefas, em formato de árvore, com acompanhamento, resolução e encaminhamento para os usuários do sistema.			

23	Criação de Campanhas ativas e receptivas, parametrizadas pelo próprio usuário, com criação de scripts de atendimento, envio de mala-direta e interface para o atendimento fazer o registro dos chamados.			
24	Controle de campanhas proativas de relacionamento, atualização de dados cadastrais, medicina preventiva e campanhas de prevenção e promoção da saúde.			
25	Possibilidade de criação de tabelas configuradas pelo próprio usuário, para fazer a importação de dados de arquivos, mailings, etc.			
26	Controle e armazenamento de todo o ciclo do histórico do atendimento, com controle de resolução de chamadas;			
27	Geração de protocolo de atendimento ao beneficiário, controlando o tempo gasto para cada atendimento;			
28	Integração nativa com o módulo de ouvidoria.			

GESTÃO DE PRESTADORES				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Módulo de Credenciamento na web para gerenciar todas solicitações relacionadas ao setor de credenciamento em tempo real.			
2	Cadastro de credenciados com, no mínimo, as seguintes informações: - CPF ou CNPJ; - Nome/Razão social; - Nome fantasia; - Tipo de pessoa (fsica ou jurídica); - Tipo de pessoa jurídica (matriz ou filial); - Endereços completos; - Telefones para Contato; - E-mails para Contato; - Responsáveis Legais e Responsáveis pelo Faturamento; - Dados bancários.			
3	Crítica da existência de CPF ou CNPJ já cadastrado e bloqueio do cadastramento, caso o CPF/CNPJ já exista.			
4	Histórico das movimentações dos beneficiários no sistema de saúde, incluindo logs de todas as transações cadastrais;			
5	Disponibilizar um ambiente para candidatura do prestador em um edital, bem como o acompanhamento do andamento da sua			

	candidatura por cada uma das etapas do credenciamento.			
6	Promover o ambiente para análise de candidaturas, deferindo ou indeferindo o processo. Deverá conter informações negociais, como: especialidades a serem contratadas, procedimentos, diárias e taxas, materiais e medicamentos permitidos e códigos restritos, prazos ligados ao faturamento e renovação de contratual, prazos de auditoria, parâmetros de remuneração além de redes onde o prestador será inserido.			
7	Cadastro de notificações de mudança de status da solicitação que podem ser enviadas manualmente ou automaticamente por e-mail, SMS e CRM configuráveis ao usuário responsável e prestador permitindo que sejam enviadas apenas se a solicitação estiver em uma etapa específica do fluxo de regulação.			
8	Opção de configurar automações que serão disparadas automaticamente em etapa, como notificação dos prestadores, habilitar (in)deferimento, habilitar edição de campos, aguardando documentação, dentre outros.			
9	Filtragem de solicitação por fila, ordenação por data ou número de credenciamento (de)crescente, Nº do credenciamento, Cód. Prestador, Nome, Período de criação, em análise com, fluxo de credenciamento, etapa, situação, responsável, CPF/CNPJ.			
10	Acesso ao histórico de trabalho da solicitação, com as etapas em que ela passou, os usuários que trabalharam nela, os pareceres emitidos e o resultado final.			
11	Possibilidade de travar a solicitação com as opções "aguardando documentação do prestador" ou "aguardando parecer" para evitar que a guia seja transitada sem a informação necessária.			
12	Possibilidade de cadastrar fluxos separados para credenciamento, descredenciamento, atualização cadastral, inclusão de especialidades, etc.			
13	Possibilidade de visualizar as solicitações de credenciamentos, descredenciamentos, alteração de dados e etc deferidos e indeferidos, por período, com os devidos motivos.			
14	Possibilidade de definir um responsável pelo processo de credenciamento/descredenciamento.			

15	Registro, manutenção e gerenciamento dos dados dos beneficiários, com parametrização flexível;			
16	Histórico das movimentações dos beneficiários no sistema de saúde, incluindo logs de todas as transações cadastrais;			
17	Cadastro de motivos de cancelamento e suspensão.			
18	Cadastro de negociações, vinculado à Tabela de procedimentos para pagamento do prestador.			
19	Cadastro de Especialidades.			
20	Cadastro de pacotes de serviços, contendo toda a sua composição (diárias, taxas, materiais, medicamentos e procedimentos).			
21	Cadastro do local do atendimento.			
22	Cadastro de permissões de atendimento do prestador. Exemplo – prestador não é especialista em Cirurgia, mas tem permissão para atender cirurgias.			
23	Vincular o prestador a mais de uma especialidade e a mais de uma permissão de atendimento.			
24	Vincular prestador à empresa prestadora de serviço (quando o prestador pertencer a um corpo clínico – empresa PJ).			
25	Permitir que um prestador seja vinculado a mais de um corpo clínico (empresa PJ).			
26	Criar vínculo da tabela paga ao prestador à tabela de negociação.			
27	Permitir negociações de valores diferenciados por prestador, tanto em valor, quanto em CH, UCO, Porte Anestésico e Porte Hierárquico.			
28	Possibilidade de visualizar o processo de credenciamento, através de acesso, sem que as informações sejam alteradas.			
29	Fazer a gestão contratual e atualizar o cadastro de prestadores e negociações, tabelas, rede, pacotes, atualizações e reajustes contratuais.			
30	Importação e manutenção (incluindo reajustes) de tabelas de materiais, medicamentos, Simpro, Brasíndice ou tabelas próprias;			
31	Manutenção (incluindo reajustes) das tabelas utilizadas pela Operadora: CBHPM, AMB e TUSS;			
32	Efetuar descredenciamento e manter guia médico atualizado, quando solicitado pela operadora. Caberá à CONTRATADA informar imediatamente à CONTRATANTE as solicitações de descredenciamento realizadas por meio de			

	chamado através da Central de Atendimento;			
33	Manter os contratos atualizados conforme regulamentação vigente;			
34	Anexar todos os documentos, contratos e aditivos de prestadores no sistema;			
35	Realizar alteração cadastral de todo tipo: especialidades, endereços de atendimento e cobertura e preços especiais;			
36	Inclusão, alteração e remoção de tabelas de valores de prestadores;			
37	Controlar alertas de prestadores;			
38	Cancelar, suspender, reativar e substituir prestadores;			
39	Fazer a gestão de solicitações de indisponibilidade e inexistência de rede (cumprindo prazo da RN 259). Analisar cobertura, localizar rede, analisar se precisa de acompanhante, conforme exigência, providenciar remoção e hotel, se necessário e fechar todo o processo, completando o fluxo.			
40	Permitir a gestão contratual com rede credenciada (aditivos, penalidades, etc);			
41	Validar automaticamente campos cadastrais que possuam formatos específicos;			
42	Flexibilidade total na definição dos preços: Por prestador, especialidade, rede, beneficiário, serviços ou geral;			
43	Promover ambiente de parametrização de acordos de remuneração para os prestadores, permitindo acordos por faixa de procedimentos, aplicar deflatores ou inflatores sobre os valores dos componentes honoríficos estabelecidos na tabela escolhida para precificação dos procedimentos do prestador, além de especificar valores diferenciados para UCO, porte anestésico e FILME			
44	Promover ambiente de parametrização de acordos de remunerações para os prestadores, permitindo acordos por tabela de material e medicamentos. Esses acordos devem permitir a especificação de inflatores/deflatores para medicamentos genéricos, medicamentos restritos hospitalares, permitindo indicar qual valor a ser usado: preço de fábrica ou preço médio ao consumidor			
45	Disponibilizar ambiente de parametrização de acordos de remuneração para os prestadores permitindo acordos por porte anestésico, permitindo estabelecer valores para cada um dos portes anestésicos e percentual para o			

	auxiliar.			
46	Promover ambiente de parametrização de acordos de remunerações para os prestadores, permitindo especificar deflatores/inflatores para grupos de materiais e medicamentos definidos dentro da própria solução.			
47	Disponibilizar ambiente de parametrização de acordos de remunerações para os prestadores permitindo acordos por item de materiais e medicamentos, sendo possível estabelecer um valor diferente para um determinado código de material ou medicamento.			
48	Promover ambiente de parametrização de acordos de remunerações para os prestadores permitindo acordos por item de diárias e taxas, permitindo estabelecer valores para cada código conforme acordado com o prestador, bem como, permitindo valores diferentes de acordo com o tipo de acomodação e regime de internação.			
49	Promover ambiente de parametrização de acordos de remunerações para os prestadores permitindo acordos por item de OPME, possibilitando estabelecer valores específicos para cada código, conforme acordado com o prestador.			
50	Disponibilizar ambiente de parametrização de acordos de remunerações para os prestadores, permitindo acordos por item ou por faixa de códigos de procedimentos, permitindo estabelecer valores para cada código ou faixa de códigos, conforme acordado com o prestador.			
51	Promover ambiente de parametrização de acordos de pacotes, possibilitando estabelecer valores para cada um dos pacotes do prestador conforme negociado.			
52	Permitir que um prestador credenciado possa cadastrar os seus colaboradores bem como os seus profissionais de saúde.			
53	Permitir o descredenciamento de um prestador credenciado, informando uma justificativa, multa (se aplicável), além de gerar documentos obrigatórios para a atualização da rede.			
54	Suspender um prestador ativo informando um motivo de suspensão, registrando um histórico de suspensões do prestador no seu cadastro			
55	Disponibilizar demonstrativos de pagamentos aos credenciados, discriminando os valores a pagar e de glosas realizadas, para confecção dos documentos fiscais.			

MODULO DE CREDENCIAMENTO				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Ferramenta de criação de fluxos parametrizáveis de credenciamento para processamento de solicitações de inclusão e/ou alteração de credenciamento e descredenciamento de prestadores, com inserção/alteração automática no módulo de cadastro.			
2	Opção de habilitar campo para orientação e pareceres nas etapas.			
3	Funcionalidade de "trava" de solicitações por usuário, com auditoria de ações, para que colaboradores responsáveis pela mesma atividade não sobreponham decisões uns dos outros, ou atrapalhem a regulação da guia de alguma forma.			
4	Integração dos anexos da solicitação com o GED.			
5	Possibilidade de alternância de fluxos para solicitações que possuem etapas que devem ser auditadas por responsáveis diferentes.			
6	Possibilidade de configuração de transições entre todas etapas do fluxo da solicitação, para movimentar o processo de acordo com a necessidade.			
7	Possibilidade de transitar a guia para etapas anteriores caso o seja necessário algum esclarecimento ou documentação.			
8	Versionamento de fluxos e a possibilidade (des)habilitar suas versões.			
9	Configuração de pré-condições nos fluxos de trabalho para filtragem de tipos de solicitação que entram em determinado fluxo de trabalho.			
10	Função de configuração de campos obrigatórios para visualização ou edição de credenciamento de novo prestador.			
11	Função de configuração de campos obrigatórios para visualização ou edição de descredenciamento de prestador existente.			
12	Função de configuração de campos obrigatórios para visualização ou edição de credenciamento de prestadores cancelados.			
13	Função de configuração de campos obrigatórios para visualização ou edição de dados bancários.			

14	Função de configuração de campos obrigatórios para visualização ou edição de dados tributários.			
15	Função de configuração de campos obrigatórios para visualização ou edição de dados do endereço residencial, comercial e de atendimento.			
16	Função de configuração de campos obrigatórios para visualização ou edição de dados de contato.			
17	Função de configuração de campos obrigatórios para visualização ou edição de dados CPF/CNPJ, razão social, nome fantasia, dentro outros.			
18	Opção de definir quais dados do cadastro do prestador serão adicionados para visualização ou edição em cada etapa do credenciamento.			
19	Possibilidade de configurar o sistema para aguardar análise de suficiência de rede antes de efetivar um credenciamento.			
20	Possibilitar editar todas as informações do credenciamento de uma só vez, com controle de acesso.			
21	Função de alternar fluxo para solicitações que dependam de vários setores responsáveis.			
22	Permitir a inserção e parametrização padrão TUSS da ANS, para tabelas utilizadas pela operadora, tais como: CBHPM, AMB, Odontológicas, tabelas próprias e tabela de diárias e taxas;			
23	Os preços podem ser definidos em Reais (R\$), CH, Portes ou qualquer moeda, simultaneamente, para um mesmo prestador, por procedimento, por beneficiário ou faixa de procedimentos e pacotes;			
24	Corrigir valores aplicados aos atendimentos, pela atualização de tabela referencial ou até mesmo por credenciado;			
25	Permitir a manutenção de variáveis de controle legal e tributário;			
26	Permitir o cadastro do corpo clínico dos prestadores, mediante aceitação do termo de compromisso para cada profissional;			
27	Restringir a divulgação de especialidades e serviços dos prestadores no guia de rede, quando couber;			
28	Possibilitar a exclusão ou inclusão de procedimentos específicos, independentemente das especialidades;			
29	Permitir a parametrização da classificação dos estabelecimentos;			

30	Possibilitar suspensão e descredenciamento de prestadores, registrando os motivos;			
31	Manter histórico de ocorrências no relacionamento com os prestadores;			
32	Possibilitar a definição de prazo para pagamento de serviços suspensos e de ex prestadores;			
33	Permitir parametrização do cadastro de alíquotas, tabelas de procedimentos, materiais, medicamentos e serviços em saúde;			
34	Disponibilizar mapa de dispersão dos serviços solicitados e prestadores, , com possibilidade de filtrar por meio de parâmetros flexíveis;			
35	Disponibilizar tela informativa ou integrada com o mapa de dispersão de novos prestadores, descredenciamento, substituição ou rede de exclusão;			
36	Permitir divulgação de dados dos prestadores em ambiente web com geração de arquivo estruturado para download;			
37	Disponibilizar no Portal do Prestador em ambiente web treinamentos por vídeos e tutoriais;			
38	Disponibilizar acesso para prestadores a consulta de informações, registro de protocolo de solicitações e ferramenta de acompanhamento das demandas;			
39	Permitir a abertura de chamados de atendimentos (OS) via Portal do Prestador direcionado para o Call Center ou área negócio responsável;			
40	Permitir atualização das tabelas de procedimentos e medicamentos ou integração com a base de dados na Brasindice e Simpro;			
41	Permitir a gestão da indisponibilidade ou inexistência de modo que possa Analisar a cobertura, Localizar Rede, lançar todas as tratativas da negociação, analisar se precisa de acompanhante, providenciar hotel e remoção, em um fluxo de trabalho completo.			

BI (BUSINESS INTELLIGENCE)				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Permite ao usuário a criação de Gráficos, Relatórios e Tabelas Dinâmicas, com indicadores previamente definidos, programando sua frequência de atualização, as séries visualizadas, as quebras e a série	X		

	histórica.			
2	Possibilidade de fazer Análises Comparativas entre as variáveis selecionadas.	X		
3	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Análise da Carteira, com no mínimo as dimensões de sexo, faixa etária, empresa, competência, parentesco, plano e os sumários de valores pagos mensais e quantidades;		X	A EMPRESA NÃO CONSEGUIU DEMONSTRAR OS SUMÁRIOS MENSIS DOS VALORES PAGOS.
4	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Análise da Rede Credenciada, com no mínimo as dimensões de Tipo de Prestador, Bairro do Prestador, Cidade do Prestador, Especialidade, Região e o Sumário de quantidade;	X		
5	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Contas a Receber x Custo Total, com no mínimo as dimensões de sexo, faixa etária, empresa, competência, parentesco, plano, Tipo da Despesa, Tipo da Receita e os sumários de Despesa, Receita e quantidade de Beneficiários;		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
6	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Despesas Gerais, com no mínimo as dimensões de Grupos da despesa, Item da Despesa, Fornecedor, Competência, situação (pago ou não) e sumário de Valor;		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
7	Possuir o seguinte Cubo, já implementados na ferramenta: Análises das Autorizações Integradas, contendo, no mínimo, as dimensões Competência, Origem (Manual, Web), Login de quem autorizou, Prestador, Status e o sumário quantidade;		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
8	Possuir o seguinte Cubo, já implementados na ferramenta: Custo Assistencial, contendo, no mínimo, as dimensões Competência, Procedimento, Faixa Etária, Prestador, Beneficiário, Empresa, Plano, Medico Executor, Medico Solicitante e os Sumários Valor Total, Valor Total de Glosa, Valor de MatMed, Valor de Glosa de MatMed, Valor de Honorários, Valor de Glosa de Honorário, Valor de Serviços, Valor de Glosa de Serviços;		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

9	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Análise da inadimplência, contendo, no mínimo, as dimensões Competência, Beneficiário, Empresa, Número do Título, Vencimento atual, Vencimento Original, Situação (Cartório, Processo Judicial, Acordo, etc) e os Sumários Valor, quantidade.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
10	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Análise de faturas de prestadores, contendo, no mínimo, as dimensões Competência, Prestador, Tipo do Prestador e os Sumários Valor Entregue, Valor Glosa, Impostos Retidos, INSS Patronal, Acréscimos, Descontos, Valor Líquido		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
11	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Custo Médio de Consultas, considerando os exames solicitados pelo médico, contendo no mínimo as dimensões Especialidade, Medico, Plano, Faixa Etária, Cidade e as dimensões: Valor da Consulta, Valor dos Exames, quantidade de consultas e quantidade de exames.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
12	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Estatísticas Dinâmicas CRM Principais Dimensões: Atendente, ID do registro, Data, Nome, Situação, Supervisor Principais Sumários: Tempo, Prazos dias, Prazos apenas dias úteis, quantidade.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
13	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Disponibilidade de Consultas Principais Dimensões: Código da especialidade, Descrição da especialidade e Período Principais Sumários: Ofertadas, Marcadas		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
14	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Custo Assistencial por grupo de atenção Principais Dimensões: Mês/Ano, Grupo de Atenção, Sexo, Empresa, Idade e Beneficiário Principais Sumários: Custo		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
15	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Evolução das categorias de risco Principais Dimensões: Beneficiário, Empresa, Plano, Plano na ANS, Situação, Sexo, Cidade/Bairro/Estado, Data de inclusão/Cancelamento, Categoria de Risco, Matrícula, Parentesco;		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

	Principais Sumários: Quantidade de Beneficiários			
16	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Evolução dos grupos de atenção Principais Dimensões: Descrição grupo de atenção, Mês/Ano Principais Sumários: Quantidade de Beneficiários		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
17	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Distribuição de beneficiários por grupo de atenção Principais Dimensões: Beneficiário, Bairro/Cidade/Estado, Datas (entrada/saída), Idade, Indicador Entrada, Motivo Saída, Plano, Sexo, Tipo movimentação Principais Sumários: Quantidade de Beneficiários		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
18	Possuir o seguinte Cubo, já implementado na ferramenta: Análise da Evolução dos Tratamentos (Nome: Análise de Tratamentos) Principais Dimensões: Beneficiário, Data adesão, Data procedimento, Procedimento, Situação Beneficiário, Situação Evento, Tratamento Principais Sumários: Qtde		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
19	Possuir o seguinte Cubo, já implementados na ferramenta: Análise dos Questionários (Nome: Análise de Entrevistas) Principais Dimensões: Beneficiário, Descrição Categoria de Risco, Descrição Grupo de Atenção, Data questionário, Pergunta, Resposta, Situação Principais Sumários: Qtde		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
20	Possuir o seguinte Cubo, já implementados na ferramenta: GTO - Análise de Autorizações Principais Dimensões: Beneficiário, Informações do procedimento (Código, Dente/Face/Região), Datas (realização/liberação), Perito, Senha, Status, Situação Principais Sumários: Guia, Perito, Valores, Qtde		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
21	Possuir o seguinte Cubo, já implementados na ferramenta: GTO - Análise de Histórico de Guias Principais Dimensões: Data Status, Perito, Status, Usuário Principais Sumários: Tempo e Qtde		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

22	Visualização gráfica das informações em vários níveis de detalhamento, com possibilidade de geração de diversos tipos de gráficos (linha, barra e torta) configurados pelo usuário.	X		
23	Possuir um conjunto de ferramentas que permite ao usuário modelar os dados de forma a elaborar seus próprios relatórios e gráficos, ou visualizar dos dados em grids na tela, inclusive salvando as opções selecionadas para uso posterior.	X		
24	Análise multidimensional dos dados: - Drill. - Slice and dice. - Visões (slice and dice). - Opção de criar, salvar e carregar visões. - Devem ser permitidas várias visões para um mesmo dado. - Além da posição das dimensões, as visões devem armazenar filtros, ordenações e formatações.	X		
25	Manter em tempo real o acompanhamento de SLA's.	X		
26	Gerar relatório de custo médio por procedimento.	X		
27	Dispor de Painéis que apresentem dados relacionados aos beneficiários do plano, mostrando evolução da carteira, distribuição por faixa etária, sexo, localidade do beneficiário.	X		
28	Dispor de painéis que apresentem dados relacionados à rede credenciada do plano mostrando distribuição por localidade, por tipo de prestador, especialidade e que exiba dados suficiente da rede.	X		
29	Dispor de painéis que apresentem dados relacionando à utilização do plano, demonstrando gráficos relativos ao uso por ano, evento, região, prestador.	X		
30	Dispor de painéis que apresentem dados relacionados ao custo assistencial, demonstrando gráficos relativos ao custo por ano, evento, região, prestador.	X		
31	Quantidade de pedidos de credenciamento e descredenciamento por Especialidade e subespecialidade, com filtros para Candidato, Região (macro e micro), Cidade, Regime de atendimento, Classificação, Edital, Tipo de Estabelecimento.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

32	Painéis que apresentem o consumo e a arrecadação (contribuição e coparticipação) por beneficiários (faixa etária, órgão de origem e outros).		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
33	Dispor de painéis com dados gerenciais relativos à sinistralidade, relação de consultas por mês, taxas de exames por consultas, taxas de internações, custo médio de internações e outros dados necessários à gestão financeira do plano.		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.
34	Acompanhamento de prazos de garantia de atendimento, conforme normativo da ANS.	X		
35	Possuir os seguintes relatórios: - Serviços liberados por período; - Acompanhamento de auditoria externa; - Análise de permanência de carteira; - Consultas por especialidade; - Custo médio por consulta; - Despesas por período x padrão - Despesas por plano; - Identificação de DLP; - Internações em aberto; - Inadimplentes por período; - Registros contábeis; - Resolubilidade; - quantidade de beneficiários: por faixa etária, por bairro/cidade, por plano - etc.; - quantidade de cancelamentos: geral, por motivo etc.; - quantidade de serviços: por procedimento/grupo de procedimentos, por faixa etária, por plano, por bairro/cidade, etc.; - receitas x despesas: geral, por faixa etária, por beneficiário, por empresa, por bairro/cidade, por plano; - gasto médio de consultas, por médico, incluindo exames solicitados; - total de inclusões, cancelamentos, movimentações entre planos; - índice de resolubilidade de credenciados; - índice de inadimplência; - análise de inadimplência por vendedor; - utilização X Receitas de empresas – para negociação de reajustes; - relatório de SIP; - cálculo da Taxa de Saúde Suplementar; - controle de SIB (geração, retorno e conferência)		X	O ITEM NÃO FOI APRESENTADO PELA EMPRESA.

OUVIDORIA				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	Módulo que permite a identificação, registro e acompanhamento de dúvidas, reclamações, sugestões e elogios oriundos de públicos externos.			
2	Integração nativa com o CRM (Customer Relationship Management).			
3	Trabalha com duas formas de acesso – autenticado e anônimo, permitindo acessos a beneficiários, prestadores e demais perfis que inclusive não se relacionam com o CONTRATANTE.			
4	Fazer o direcionamento automático das ocorrências inseridas no módulo para o supervisor responsável.			
5	Permitir ao CONTRATANTE e ao beneficiário fazerem o acompanhamento do status e da evolução de cada ocorrência.			
6	Geração automática de um código de registro de cada ocorrência (protocolo), com senha para acesso exclusivo pelo cliente que registrou a ocorrência.			
7	Possibilitar ao cliente fazer a adição de novas informações ao registro original			
8	Geração de relatórios de acompanhamento das ocorrências inseridas, em aberto, resolvidas e com prazo vencido			
9	Controle de TODAS as notificações do módulo em um e-mail informado pelo CONTRATANTE (gerente ou coordenador de setor de ouvidoria).			

Módulo de Prevenção/Promoção a Saúde				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações

1	Possuir controle de tabelas de Categorias de Risco previamente alimentada com os grupos definidos pela ANS, possibilitando ao usuário a criação de novas categorias.	X		
2	Possuir controle de tabelas de Grupos de Atenção à Saúde previamente alimentada com as categorias definidas pela ANS, possibilitando ao usuário a criação de novos grupos.	X		
3	Possuir cadastro de Motivos de Entrada e Saída dos beneficiários nos programas de Atenção à Saúde.	X		
4	Possuir cadastro de Tipos de Visita aos beneficiários.	X		
5	Controlar o cadastro da Equipe Multidisciplinar envolvida nos programas de Atenção à Saúde, com os respectivos cargos, salários e percentual do salário destinado para cada Programa de Atenção à Saúde.	X		
6	Controlar data de entrada e saída de cada profissional da Equipe Multidisciplinar nos Programas de Atenção à Saúde.	X		
7	Controlar o cadastro de custos extras para cada Programa de Atenção à Saúde.	X		
8	Permitir o cadastro de diversos modelos de entrevista pela Equipe Multidisciplinar, tanto médicas quanto técnicas, atribuindo uma pontuação para cada resposta.	X		
9	Permitir inserir entrevistas para os beneficiários participantes dos Programas de Atenção à Saúde, classificar a categoria de risco, elencar as possíveis patologias, fazer anamnese e imprimir a entrevista.	X		
10	Permitir criar os protocolos de atuação, as diretrizes e normas de conduta dos diversos tratamentos dos Programas de Atenção à Saúde.	X		
11	Trabalhar com diversas tabelas médicas, inclusive uma tabela específica para os procedimentos definidos para os protocolos de prevenção e promoção da saúde.	X		
12	Associar os protocolos de atuação às diversas patologias do CID 10, nos 3 níveis de cada patologia (leve, moderado e alto).	X		
13	Fazer busca ativa de beneficiários através de campanhas ativas, cruzando dados de utilização em determinados período de tempo, utilizando para isto uma ferramenta de CRM (Customer Relationship Management) que permita criar scripts de atendimento, enviar malas diretas e gerar		X	O MÓDULO NÃO DISPÕE DA FUNCIONALIDADE DE ENVIO DE MALAS DIRETAS.

	ligações automáticas para convocação.			
14	Registro de controle de todos os atendimentos feitos aos beneficiários, através de scripts pré-definidos.	X		
15	Fazer busca ativa de beneficiários através de uma ferramenta de BI (Business Intelligence), que permita analisar o custo assistencial através das seguintes dimensões: CID, procedimento, sexo, faixa etária, especialidade e período de realização.		X	A FUNCIONALIDADE SOLICITADA ENCONTRA-SE DISPONÍVEL EM OUTRO MÓDULO DO SISTEMA.
16	Permitir a abertura de tratamentos aos beneficiários inscritos nos Programas de Atenção à Saúde.	X		
17	Lançar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), controlando sua evolução, suas patologias, suas prescrições médicas, e permitindo acessar o detalhamento das diretrizes e protocolos de conduta para cada tipo de tratamento.	X		
18	Permitir à equipe multidisciplinar o controle do histórico clínico do paciente, avaliando as visitas efetuadas, a evolução médica, as entrevistas realizadas, lançar e consultar resultados de exames, acessar detalhes do tratamento, e consultar o PEP.	X		
19	Permitir agendar os procedimentos que devem ser realizados pelo paciente, de acordo com os protocolos de cada tratamento para a equipe multidisciplinar.	X		
20	Fazer controle de agenda para os membros da equipe multidisciplinar, definindo os dias de atendimento, bem como o tempo a ser utilizado para cada tipo de atendimento e seu horário de início e de término.	X		
21	Permitir agendamento em massa para todos os participantes de determinados grupos de atenção, ou de determinado tratamento, para atendimentos em grupo (utilizado para palestras, grupos de psicologia, etc.).	X		
22	Enviar de e-mail aos coordenadores do programas de Atenção e Prevenção quando um beneficiário inscrito solicitar atendimento na rede credenciada ou na sede do CONTRATANTE.	X		
23	Gerar relatório de controle de atendimentos efetuados.	X		
24	Gerar relatório de acompanhamento de atendimentos marcados e desmarcados.	X		

25	Emitir relatório de resumo de horários de atendimento dos profissionais da equipe multidisciplinar.		X	NÃO POSSUI ESSA FUNCIONALIDADE NO MÓDULO DELES
26	Emitir relatório com o percentual de ocupação dos horários de atendimento.		X	NÃO POSSUI ESSA FUNCIONALIDADE NO MÓDULO DELES
27	Emitir relatório de aderência dos pacientes aos tratamentos, informando a quantidade de procedimentos realizados nas datas estipuladas e a quantidade de procedimentos pendentes.	X		
28	Recebimento eletrônico de resultados de exames para serem inseridos no prontuário eletrônico, inclusive exames de PCMSO.	X		
29	Possibilidade de inclusão manual de resultados de exames no prontuário.	X		

Obrigações Legais e ANS				
Item	Descrição	Atende	Não Atende	Observações
1	O sistema deverá possuir funcionalidade para acompanhamento de todas as obrigações legais;			
2	O sistema deverá possuir alertas de datas de período de obrigações, encaminhamentos realizados, cadastro de calendário de envio, relatórios dos procedimentos realizados;			
3	O sistema deverá gerar relatório no padrão estabelecido pela CONTRATANTE com as informações necessárias para o cálculo atuarial.			
4	Restringir a divulgação de especialidades e serviços dos prestadores no guia de rede, quando couber;			
5	Manutenção, geração e envio e acompanhamento do SIB, SIP, RPC, Monitoramento Assistencial, Taxa de Saúde Suplementar, Radar TISS, REA-Ouvidorias, ARPS e demais obrigações que porventura venham a ser criadas.			
6	Geração de informações de cadastro, receita, utilização e custo assistencial necessárias para o cálculo atuarial.			

7	Interação com a operadora para o cumprimento das obrigações que decorram de exigências legais ou demandas judiciais.			
---	--	--	--	--

Do total de 541 itens na POC, 365 foram analisados. Destes, 222 foram atendidos, o que representa 41,04% do total de itens, 140 não foram atendidos (25,88%), e 3 itens foram anulados a critério da Comissão Técnica Avaliadora.

4. PRINCIPAIS OCORRÊNCIAS E OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

Cabe esclarecer que a empresa Benner Tecnologia e Serviços em Saúde LTDA não apresentou qualquer manifestação, impugnação ou questionamento formal durante o período legal de esclarecimentos prévios ao edital, configurando aceitação integral dos termos e condições estabelecidos. Conforme o art. 164, §1º, da Lei nº 14.133/2021, eventuais dúvidas sobre o Termo de Referência deveriam ter sido apresentadas até três dias úteis antes da sessão pública.

Durante a execução da Prova de Conceito, **a empresa deixou de demonstrar 72 funcionalidades previstas no checklist constante do Anexo IX**, descumprindo integralmente a obrigação de apresentação técnica. Essa omissão comprometeu gravemente a avaliação, inviabilizando a verificação da aderência da solução aos parâmetros mínimos exigidos para a contratação. Ademais, diversas funcionalidades foram formalmente declaradas como não atendidas, sem qualquer previsão de implementação ou proposta de adequação futura, o que reforça a ausência de comprometimento com a entrega integral da solução ofertada

A equipe da empresa também solicitou, no decorrer da POC, a prorrogação de prazos e a alteração da ordem de apresentação dos módulos, sob a alegação de que os profissionais responsáveis por determinados itens ainda se encontravam em deslocamento.

Atendendo à solicitação expressa da empresa, a Comissão Técnica Avaliadora promoveu a alteração da ordem originalmente prevista no checklist da Prova de Conceito, iniciando, no quinto dia de atividades (11/07/2025), a avaliação pelo módulo financeiro, composto por 78 funcionalidades. Contudo, 47 dessas funcionalidades deixaram de ser demonstradas, sob a alegação de ausência do(s) responsável(is) técnico(s) designado(s) para conduzir a apresentação. Tal inconsistência revela uma incoerência operacional por parte da proponente, uma vez que a própria empresa demandou a priorização do referido módulo e, não obstante, não assegurou a disponibilidade da equipe técnica mínima necessária à sua apresentação integral, comprometendo, de forma substancial, a avaliação de um dos módulos centrais da solução ofertada.

Durante a apresentação, houve ainda divergência conceitual quanto à compreensão do termo "CUBO", funcionalidade prevista no módulo de Business Intelligence (BI). Trata-se de conceito amplamente consolidado e compreendido entre profissionais da área, não havendo justificativa técnica válida que sustente a interpretação equivocada adotada pela equipe da empresa.

Ressalta-se, ainda, que a empresa afirmou que os dados estavam disponíveis no Power BI. No entanto, as tabelas utilizadas como fonte de dados aparentemente não possuíam relacionamento entre si, o que impossibilitou a apresentação das informações conforme estabelecido na prova de conceito.

Adicionalmente, registra-se que os módulos de Faturamento e Análise de Contas Médicas e Hospitalares, Central de Atendimento ao Beneficiário e Prestadores, CRM (Customer Relationship Management) – Atendimento, Gestão de Prestadores, Credenciamento, Ouvidoria e Obrigações Legais e ANS deixaram de ser devidamente apresentados, em razão da constatação, pela Comissão Técnica

Avaliadora, de ausência de atendimento ou não demonstração de 140 (cento e quarenta) itens constantes do checklist, ou 25,88% do total de itens da Prova de Conceito.

Esse quantitativo ultrapassou de forma substancial o limite máximo de 54 (cinquenta e quatro) funcionalidades não atendidas, correspondente a 10% do total de requisitos técnicos exigidos, conforme estabelecido de forma expressa no Termo de Referência.

Por fim, vários representantes da empresa manifestaram, durante toda a execução da POC, que não estavam devidamente preparados para apresentar as funcionalidades exigidas, evidenciando falta de organização interna, ausência de domínio técnico da solução ofertada e fragilidade no cumprimento das obrigações assumidas na proposta.

5. CONCLUSÃO TÉCNICA

A solução apresentada pela empresa Benner Tecnologia e Serviços em Saúde LTDA demonstrou possuir interface moderna, com usabilidade intuitiva e potencial para evolução mediante eventuais customizações. No entanto, a empresa não foi capaz de demonstrar integralmente as funcionalidades exigidas, em clara desconformidade com os critérios técnicos estabelecidos no Termo de Referência e em seus anexos.

A expressiva quantidade de funcionalidades não apresentadas ou não atendidas impôs limitações técnicas substanciais à avaliação, comprometendo a verificação da aderência da solução às necessidades operacionais do FASCAL e inviabilizando, de forma objetiva, a continuidade da Prova de Conceito.

A Comissão Técnica constatou, ainda, preparo insuficiente da equipe designada pela empresa, falhas na condução da apresentação e ausência de domínio técnico sobre funcionalidades essenciais, refletindo evidente descumprimento das obrigações assumidas no processo licitatório.

Adicionalmente, o desempenho global da solução não atingiu o percentual mínimo de 90% de conformidade exigido como critério eliminatório no Termo de Referência, o que, por si só, configura causa objetiva para a reprovação técnica, independentemente de juízo discricionário da Administração.

Diante do exposto, com fundamento nos princípios da razoabilidade, motivação, julgamento objetivo, eficiência e interesse público, previstos nos arts. 5º, 11, 18, 20 e 121, §3º, da Lei nº 14.133/2021, e considerando o descumprimento inequívoco dos critérios técnicos mínimos exigidos, a Comissão Técnica delibera pela reprovação da solução apresentada e, por conseguinte, pela desclassificação da empresa Benner Tecnologia e Serviços em Saúde LTDA do presente procedimento licitatório.

A presente deliberação fundamenta-se em critérios objetivos previamente definidos no edital e no Termo de Referência, respeitando os princípios da legalidade, isonomia, impessoalidade e vinculação ao instrumento convocatório, não havendo margem para interpretação alternativa que justifique a permanência da proponente nas etapas subsequentes da licitação.

Brasília, 21 de julho de 2025.

EQUIPE DE PLANEJAMENTO

ANDERSON MOTTA BARBOSA

Assessor

RAPHAELLA EL HADDAD

Consultor Técnico Legislativo

HARISSON DE OLIVEIRA LIMA

Consultor Técnico Legislativo

LAURO MUSUMECI ALVES VELHO

Consultor Técnico Legislativo

RICARDO RIBEIRO DE QUEIROZ

Técnico Administrativo Legislativo

TAMISA CORRÊA DA COSTA ROCHA

Analista Legislativo

MARIO ALCIDES MEDEIROS SILVA

Técnico Administrativo Legislativo

MARIO NOLETO OLIVEIRA DO CARMO

Analista Legislativo



Documento assinado eletronicamente por **RAPHAELLA EL HADDAD - Matr. 24533, Consultor(a) Técnico-Legislativo**, em 21/07/2025, às 18:25, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **ANDERSON MOTTA BARBOSA - Matr. 24183, Assessor(a)**, em 21/07/2025, às 18:26, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **HARISSON DE OLIVEIRA LIMA - Matr. 24670, Consultor(a) Técnico-Legislativo**, em 21/07/2025, às 18:28, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **MARIO ALCIDES MEDEIROS SILVA - Matr. 11313, Técnico Administrativo Legislativo**, em 21/07/2025, às 18:28, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO RIBEIRO DE QUEIROZ - Matr. 12069, Técnico Administrativo Legislativo**, em 21/07/2025, às 18:32, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **TAMISA CORRÊA DA COSTA ROCHA - Matr. 23421, Analista Legislativo**, em 21/07/2025, às 18:34, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **MARIO NOLETO OLIVEIRA DO CARMO - Matr. 11439, Membro do Comitê de Governança do Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores**, em 21/07/2025, às 18:37, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **LAURO MUSUMECI ALVES VELHO - Matr. 23582, Consultor(a) Técnico-Legislativo**, em 21/07/2025, às 18:37, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:

http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Código Verificador: **2245354** Código CRC: **108294C7**.

Praça Municipal, Quadra 2, Lote 5, Piso Inferior, Sala TI.52 - CEP 70094-902 - Brasília-DF - Telefone: (61)3348-8953
www.cl.df.gov.br - cldfsaudef@cl.df.gov.br

00001-00015854/2024-48

2245354v5