



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**Pró-Reitoria de Administração - PROAD**  
**Departamento de Licitações - DPL**  
Av. Desembargador Vitor Lima, nº 222, 5º andar, Prédio da Reitoria 2  
Bairro Trindade – Florianópolis/SC – CEP 88.040-400  
CNPJ/MF nº 83.899.526/0001-82  
Website: [www.licitacoes.ufsc.br](http://www.licitacoes.ufsc.br)



**EDITAL**

(PRESTAÇÃO DE SERVIÇO CONTÍNUO SEM DISPONIBILIZAÇÃO DE MÃO DE OBRA EXCLUSIVA)

**PROCESSO Nº 23080.068059/2019-76**  
**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 303/2019**

**É de fundamental importância a leitura integral e minuciosa do Edital e seus Anexos, bem como da legislação pertinente.**

A **Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**, por intermédio do Departamento de Licitações (DPL), face ao disposto no processo supra identificado, torna público que está instaurando licitação, nos termos da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, do Decreto nº 3.555, de 8 de agosto de 2000, do Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005, do Decreto nº 9.507, de 21 de setembro de 2018, da Instrução Normativa SEGES/MP nº 5, de 25 de maio de 2017, das Instruções Normativas SLTI/MPOG nº 2, de 16 de setembro de 2009, nº 2, de 11 de outubro de 2010, e nº 1, de 19 de janeiro de 2010, bem como, no que couber, das determinações constantes da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas posteriores alterações, da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, da Lei Complementar nº 147, de 07 de agosto de 2014, da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, do Decreto nº 8.538, de 6 de outubro de 2015, da Portaria nº 409 do MPOG, de 21 de dezembro de 2016, e da Orientação Normativa nº 47, dada pela Portaria nº 124 da AGU, de 25 de abril de 2014, na modalidade **PREGÃO**, na forma **ELETRÔNICA**, tipo **MENOR PREÇO**, segundo as condições estabelecidas no presente Instrumento Convocatório e seus Anexos, cujos termos igualmente o integram.

**1. DO OBJETO**

**1.1.** A licitação tem como objeto a **contratação de pessoa jurídica para prestação de serviços de plano privado de assistência à saúde (Lei nº 9.656/98, artigo 1º, I e II) para a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**, conforme necessidade estimada e descrição no Anexo I (Termo de Referência).

**1.1.1.** Ocorrendo diferenças entre as especificações dos objetos licitados descritas no presente Edital e a descrição publicada no sistema eletrônico COMPRASNET, prevalecerão as constantes deste Edital, publicado no endereço eletrônico [www.licitacoes.ufsc.br](http://www.licitacoes.ufsc.br).

**2. DA SESSÃO PÚBLICA DO PREGÃO ELETRÔNICO**

**2.1.** A sessão pública deste Pregão Eletrônico será aberta por comando do(a) Pregoeiro(a) com a utilização de sua chave de acesso e senha, no endereço eletrônico, data e horário abaixo discriminados:

**Dia: 05 de novembro de 2019**

**Horário: 08h30min (horário de Brasília/DF)**

**Endereço eletrônico: [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br)**

**Código UASG: 153163**

- 2.2.** Não havendo expediente na UFSC ou ocorrendo qualquer fato superveniente, tal como instabilidade do sistema eletrônico COMPRASNET, que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e endereço eletrônico, salvo comunicação do(a) Pregoeiro(a) em sentido contrário.
- 2.3.** Considerando os pressupostos legais do Decreto nº 5.450/05, e de modo a resguardar a ampla segurança, transparência e isonomia entre os licitantes, todos os procedimentos inerentes aos certames licitatórios da UFSC serão realizados unicamente por meio eletrônico, sendo que nenhum tipo de informação, esclarecimento, dúvida ou outras questões, será tratado mediante contatos do tipo telefônico ou presencial. Os contatos deverão se limitar ao endereço eletrônico contido no **item 21.18** deste Edital quando se tratar de períodos antecedentes ao término da fase de disputa de lances. Após esta fase, as manifestações deverão ocorrer preferencialmente por meio do sistema eletrônico COMPRASNET ou por meio do referido endereço eletrônico, devendo seguir as orientações do(a) Pregoeiro(a).

### **3. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

O crédito necessário ao atendimento das despesas da presente licitação correrá à conta do Orçamento da UFSC, no **Programa de Trabalho** 12.301.2109.2004.0042 e 12.301.2109.2004.0042, **PTRES** 087284 e 086484, **Natureza de Despesa** 339039 e 339093, **Fonte** 8100000000.

### **4. DO CREDENCIAMENTO E PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO**

- 4.1.** Poderão participar deste Pregão os interessados que atenderem todas as exigências deste Edital e seus Anexos, bem como que estiverem previamente cadastrados no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF) e perante o provedor do sistema eletrônico, no Portal de Compras do Governo Federal (COMPRASNET), no sítio [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br).
- 4.2.** O credenciamento dar-se-á pela atribuição de chave de identificação e de senha pessoal intransferível para acesso ao sistema eletrônico, sendo que o credenciamento e sua manutenção dependerão de registro atualizado no SICAF.
- 4.3.** O uso da senha de acesso é de responsabilidade exclusiva do licitante, incluindo qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante legal, não cabendo ao provedor do sistema ou à UFSC responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros, devendo o licitante comunicar formalmente ao provedor do sistema sobre qualquer irregularidade quanto ao uso da senha.
- 4.4.** O credenciamento junto ao provedor do sistema implica a responsabilidade legal do licitante ou de seu representante legal e a presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes a este Pregão.
- 4.5.** Os licitantes serão responsáveis por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances.
- 4.6.** Caso o licitante possua qualquer tipo de dúvida quanto à operacionalidade do sistema eletrônico, o mesmo deverá recorrer previamente ao manual do fornecedor disponibilizado no portal

COMPRASNET, ou buscar auxílio junto ao Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO) por meio de um de seus canais de comunicação.

**4.6.1.** Não cabe ao DPL prestar ao licitante quaisquer informações ou orientações no tocante às funcionalidades do sistema, bem como buscar informações, esclarecimentos ou documentos junto ao provedor do sistema eletrônico, uma vez que os canais indicados no portal são os meios recomendados para estes fins e, ainda, pelo fato de que o DPL não dispõe de acesso às ferramentas do sistema destinadas ao fornecedor.

**4.6.2.** O licitante é o único responsável por obter todas as orientações necessárias quanto às funcionalidades do sistema eletrônico COMPRASNET no tocante a modalidade licitatória em que almeja participar, cabendo a este, de maneira bastante antecipada, dotar-se de todas as informações e capacitações necessárias para fins de atuar no uso desta ferramenta, não cabendo recorrer ao DPL para o esclarecimento de dúvidas operacionais sobre o sistema eletrônico.

**4.7. Em face da Lei Complementar nº 147/14 e da Orientação Normativa nº 47, dada pela Portaria nº 124 da AGU, de 25 de abril de 2014, caso a presente licitação seja dividida em itens ou lotes/grupos, conforme indicação do Anexo I (Termo de Referência), será adotada a participação exclusiva de microempresa, empresa de pequeno porte, de acordo com o que estabelece o art. 34 da Lei nº 11.488/07, somente em relação aos itens ou lotes/grupos cujo valor seja igual ou inferior a R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), se houver, desde que não haja a subsunção a quaisquer das situações previstas pelo art. 10º do Decreto nº 8.538/15.**

**4.7.1. No caso de serviços de natureza continuada, o valor de referência previsto no item precedente será considerado tendo como base o período de 12 (doze) meses, sendo que para contratos com períodos diversos será considerada sua proporcionalidade.**

**4.8. Não poderá(ão) participar deste Pregão:**

- a) Fornecedor suspenso de participar de licitação e impedido de contratar com a UFSC, durante o prazo da sanção aplicada;
- b) Fornecedor declarado inidôneo para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação;
- c) Fornecedor impedido de licitar e contratar com a União, durante o prazo da sanção aplicada;
- d) Fornecedor em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução, liquidação, fusão, cisão ou incorporação;
- e) Empresas em recuperação judicial, cujo plano proíba a contratação com o Poder Público ou cujo plano não tenha sido, ainda, objeto de aprovação ou mesmo haja sido rejeitado pelo juízo recuperacional, nos termos do art. 52 da Lei nº 11.101/05;
- f) Sociedades integrantes de um mesmo grupo econômico, assim entendidas aquelas que tenham diretores, sócios ou representantes legais comuns, ou que utilizem recursos materiais, tecnológicos ou humanos em comum, exceto se demonstrado que não agem representando interesse econômico em comum;
- g) Qualquer interessado que se enquadre nas hipóteses previstas no art. 9º da Lei nº 8.666/93;
- h) Sociedades estrangeiras não autorizadas a funcionar no país;
- i) Consórcio de pessoas jurídicas, qualquer que seja sua forma de constituição;
- j) Entidades empresariais controladoras, coligadas ou subsidiárias entre si;

## 5. DAS IMPUGNAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

- 5.1.** Até 2 (dois) dias úteis antes da data fixada para abertura da sessão pública, qualquer pessoa, física ou jurídica, poderá impugnar o ato convocatório deste Pregão **exclusivamente através do endereço eletrônico indicado no item 21.18 deste Edital**, até as 18h00min, no horário oficial de Brasília/DF.
- 5.2.** O(A) Pregoeiro(a), com base em parecer dos setores responsáveis pela elaboração do Termo de Referência e seus Anexos, bem como de outros setores técnicos da Instituição, **decidirá sobre a impugnação no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas** anteriores à data fixada para a abertura do certame.
- 5.3.** Acolhida a impugnação contra este Edital, poderá ser designada nova data para a realização do certame.
- 5.4.** Os pedidos de esclarecimentos devem ser enviados ao(à) Pregoeiro(a) até 3 (três) dias úteis antes da data fixada para abertura da sessão pública, **exclusivamente para o endereço eletrônico indicado no item 21.18 deste Edital**.
- 5.4.1.** Não serão consideradas as impugnações e os pedidos de esclarecimentos encaminhados para outros endereços eletrônicos que não o supramencionado.
- 5.5.** O(A) Pregoeiro(a), com base em parecer ou auxílio dos setores responsáveis pela elaboração do Termo de Referência e seus Anexos, quando necessário, bem como de outros setores técnicos da Instituição, **responderá aos pedidos de esclarecimentos no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas** anteriores à data fixada como limite para o recebimento das propostas.
- 5.6.** Todas as respostas referentes às impugnações e/ou aos pedidos de esclarecimentos serão disponibilizadas **exclusivamente nos sítios [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br) ou [www.licitacoes.ufsc.br](http://www.licitacoes.ufsc.br)**, cabendo aos licitantes a responsabilidade de acompanhar as respostas e respectivos encaminhamentos nesses canais indicados.
- 5.6.1.** Não cabe ao DPL qualquer responsabilidade por quaisquer desconhecimentos, por parte dos licitantes, decorrentes do não acompanhamento das informações prestadas nos sítios acima mencionados.
- 5.7.** Serão imediatamente descartados pedidos de esclarecimentos que intencionem análise prévia de documentações ou descrições de modelos de produtos que o licitante almeja apresentar e/ou ofertar para a disputa do certame licitatório, haja vista que todas as análises serão efetuadas estritamente em momento oportuno, conforme o estabelecido no instrumento convocatório e de acordo com o princípio do julgamento objetivo.
- 5.8.** O DPL não encaminhará respostas a impugnações e/ou pedidos de esclarecimentos ao endereço eletrônico do requerente, com vistas a promover a ampla transparência a todos que tenham interesse no acesso a informações relativas aos certames licitatórios. As respostas serão disponibilizadas nos sítios indicados no **item 5.6**.
- 5.9.** É indispensável que, previamente ao envio de quaisquer pedidos de esclarecimentos, o licitante consolide uma leitura plena e atenta do Edital e de seus Anexos, de modo que possa dirimir eventuais dúvidas ou, caso necessário, possa formulá-las e encaminhá-las de maneira conjunta.
- 5.10.** O Edital e seus respectivos Anexos serão disponibilizados no mesmo formato a todos os licitantes nos sítios indicados no **item 5.6**.
- 5.10.1.** Caso o sistema eletrônico COMPRASNET não comporte algum Anexo do Edital, os arquivos serão disponibilizados no sítio do DPL, sendo que não serão atendidas quaisquer solicitações, por parte dos licitantes, de envios de arquivos em formatos distintos daqueles inicialmente fornecidos, não cabendo insistências ou contatos telefônicos.

**5.11.** Os licitantes que desejarem obter informações concernentes ao(s) atual(is) prestador(es) de serviço ou fornecedor(es) do objeto referente ao presente certame, deverão requerer tais informações por meio dos canais de acesso à informação da UFSC ou diretamente aos departamentos ou unidades responsáveis pelas fases de execução do objeto, não cabendo ao DPL prestar esclarecimentos nesse sentido.

## **6. DA PROPOSTA COMERCIAL**

**6.1.** O licitante deverá encaminhar proposta, exclusivamente por meio do sistema eletrônico COMPRASNET, até a data e horário marcados para abertura da sessão, quando então encerrar-se-á automaticamente a fase de recebimento de propostas.

**6.2. No momento do cadastramento da proposta, o licitante deverá apresentar eletronicamente, em campo próprio do sistema eletrônico COMPRASNET e de acordo com as marcações disponíveis (SIM ou NÃO), as declarações relacionadas nas alíneas a seguir:**

- a) Declaração de microempresa ou empresa de pequeno porte, nos termos da Lei Complementar nº 123/06.
- b) Declaração de que está ciente e concorda com as condições contidas no ato convocatório e seus anexos, bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos neste Edital.
- c) Declaração, sob as penas da lei, de que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.
- d) Declaração de não possuir em seus quadros trabalhadores menores de dezoito anos executando atividades em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e de qualquer trabalho aos menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, nos termos do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal e do art. 27, V da Lei nº 8.666/93.
- e) Declaração de elaboração independente de proposta, nos termos da Instrução Normativa nº 2 do SLTI/MPOG, de 16 de setembro de 2009.
- f) Declaração de que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal.
- g) Declaração informando se os serviços são produzidos ou prestados por empresas que comprovem cumprimento de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213/91.
- h) Declaração, a ser preenchida pelo licitante no sistema eletrônico COMPRASNET, de que cumpre a cota de aprendizagem, estabelecida no art. 429, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

**6.3.** As propostas comerciais deverão ser apresentadas de forma clara e objetiva, devendo conter obrigatoriamente, **sob pena de desclassificação:**

- a) **O preço unitário e total do item cotado**, como estabelecido no Anexo I (Termo de Referência), formulado em moeda nacional, considerando-se 4 (quatro) casas decimais, devendo estar incluídos todos os custos com frete, tributos, seguros, encargos previdenciários, trabalhistas, comerciais e quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre o objeto desta licitação.
- b) **A descrição do serviço cotado**, indicando elementos e informações pertinentes.

- 6.3.1.** A contratada deverá arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, caso o previsto não seja satisfatório para o atendimento do objeto da licitação, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados nos incisos do §1º do artigo 57 da Lei nº 8.666/93.
- 6.3.2.** Caso o eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos se revele superior às necessidades da contratante, a Administração deverá efetuar o pagamento seguindo estritamente as regras contratuais de faturamento dos serviços demandados e executados, concomitantemente com a realização, se necessário e cabível, de adequação contratual do quantitativo necessário, com base na alínea “b” do inciso I do art. 65 da Lei nº 8.666/93, nos termos do art. 63, §2º da Instrução Normativa SEGES/MP nº 5, de 25 de maio de 2017.
- 6.3.3.** Em se tratando de microempreendedor individual (MEI), o licitante deverá incluir, no campo das condições da proposta do sistema eletrônico, o valor correspondente à contribuição prevista no art. 18-B da Lei Complementar nº 123/06.
- 6.3.4.** Os licitantes podem apresentar produtividades diferenciadas daquela estabelecida como referência, desde que não alterem o objeto da contratação, não contrariem dispositivos legais vigentes e, caso não estejam contidas nas faixas referenciais de produtividade, comprovem a exequibilidade da proposta por meio de documento assinado e apresentado na fase de aceitação das propostas.
- 6.3.4.1.** Para efeito do subitem acima, poderá haver adequação técnica da metodologia empregada pela contratada, visando a assegurar a execução do objeto, desde que mantidas as condições para a justa remuneração do serviço.
- 6.3.4.2.** A apresentação das propostas nos termos do subitem acima implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições nelas contidas, assumindo o proponente o compromisso de executar os serviços nos seus termos, bem como de fornecer todos os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, em qualidade e quantidades adequadas à perfeita execução contratual, promovendo, quando requerido, sua substituição.
- 6.4.** Ocorrendo diferenças entre as especificações dos objetos licitados descritas no presente Edital e a descrição publicada no sistema eletrônico COMPRASNET, prevalecerão as constantes deste Edital, publicado no endereço eletrônico [www.licitacoes.ufsc.br](http://www.licitacoes.ufsc.br).
- 6.5. O Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da empresa proponente deverá ser o mesmo da que efetivamente prestará os serviços objetos da presente licitação.**
- 6.6.** Até o horário marcado neste Edital para abertura da sessão de lances, os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta anteriormente apresentada.
- 6.7. O prazo de validade das propostas comerciais será de 100 (cem) dias, contados da data de abertura da sessão pública estabelecida neste Edital, salvo o disposto no item 12.6 do presente Edital.**
- 6.7.1.** Decorrido o prazo de validade das propostas sem convocação para contratação, ficam os licitantes liberados dos compromissos assumidos.

## **7. DA ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA**

- 7.1.** Na data e horário previstos neste Edital terá início a sessão pública do Pregão com a divulgação das propostas de preços e início da etapa de lances no sítio [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br).

- 7.2. Os licitantes deverão acompanhar as operações no sistema eletrônico COMPRASNET durante todas as sessões públicas do Pregão, mesmo após o encerramento da etapa de lances, ficando responsáveis pelos ônus decorrentes da perda de negócios por sua desconexão ou pela inobservância de quaisquer mensagens ou avisos emitidos pelo sistema.**
- 7.3. O(A) Pregoeiro(a) analisará as propostas apresentadas, com a prerrogativa de desclassificar motivadamente aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, forem omissas ou apresentarem irregularidades insanáveis.**
- 7.4. A desclassificação será sempre fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.
- 7.5. O sistema ordenará automaticamente as propostas classificadas, sendo que somente estas participarão da fase de lances.
- 7.6. Ocorrendo empate de preços nas propostas comerciais, anteriormente à fase de lances, e não sendo ofertados lances de acordo com os registros do sistema eletrônico COMPRASNET, ficará a cargo do DPL definir o melhor critério de julgamento de desempate, conforme preconizado na Lei nº 8.666/83.
- 7.6.1. Os interessados serão informados previamente, no sítio [www.licitacoes.ufsc.br](http://www.licitacoes.ufsc.br), sobre o critério de desempate adotado.
- 7.7. A não desclassificação da proposta não impede o seu julgamento definitivo em sentido contrário, levado a efeito na fase de aceitação.

## **8. DA FORMULAÇÃO DOS LANCES**

- 8.1. Iniciada a etapa competitiva, os licitantes poderão encaminhar lances sucessivos de preços exclusivamente por meio do sistema eletrônico COMPRASNET.
- 8.2. Durante o transcurso da sessão, os licitantes serão informados, em tempo real, pelo sistema, do valor do menor lance registrado, mantendo-se em sigilo a identificação do ofertante.
- 8.3. No caso de desconexão do(a) Pregoeiro(a) no decorrer da etapa competitiva do Pregão, se o sistema permanecer acessível aos licitantes, os lances continuarão sendo recebidos sem prejuízo dos atos realizados. Quando a desconexão persistir por tempo superior a 30 (trinta) minutos, a sessão do Pregão será suspensa e terá reinício somente após comunicação expressa do(a) Pregoeiro(a) aos participantes.
- 8.4. O licitante somente poderá oferecer lance inferior ao último lance por ele ofertado e registrado no sistema.
- 8.5. O sistema não aceitará dois ou mais lances iguais, prevalecendo aquele que for recebido e registrado primeiro.
- 8.6. Os lances apresentados e levados em consideração para efeito de julgamento serão de exclusiva e total responsabilidade do licitante, não lhe cabendo o direito de pleitear qualquer alteração.
- 8.7. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta inicialmente cadastrada no sistema eletrônico COMPRASNET. Caso o licitante apresente lances, mas em determinado momento desista de continuar ofertando-os, valerá o último lance por ele registrado, para efeito de ordenação das propostas.
- 8.8. Durante a etapa de lances, o(a) Pregoeiro(a) poderá excluir, justificadamente, lance cujo valor seja manifestamente inexequível.
- 8.9. A etapa de lances da sessão pública será encerrada por decisão do(a) Pregoeiro(a), quando o sistema encaminhará aviso de fechamento iminente dos lances, após o que transcorrerá período de tempo **de até**

**30 (trinta) minutos, aleatoriamente determinado pelo sistema**, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances.

**8.10. Se, após o término da fase competitiva, o licitante solicitar pedido de desclassificação de sua proposta ou lance, poderá ser submetido a processo administrativo, em cumprimento do art. 7º da Lei nº 10.520/02, para apuração da sua responsabilidade quanto à oferta de lance e posterior desistência ou não encaminhamento da proposta quando solicitada, observadas, ainda, as sanções administrativas previstas neste Edital.**

**8.11.** Caso o licitante tenha a intenção de requerer a exclusão de um lance, ainda durante a disputa de lances, ou requerer a desistência de sua proposta, considerando o término da disputa de lances, estas solicitações somente serão aceitas mediante envio de documento formal para o endereço eletrônico indicado no **item 21.18**, durante a fase referente à solicitação, quais sejam, disputa de lances ou aceitação.

**8.11.1.** O documento formal deve ser devidamente elaborado, datado e assinado pelo licitante, com as justificativas da desistência e razões pelas quais solicita sua desclassificação, informando o item e o valor ofertado para o qual deseja solicitar o cancelamento. Ademais, no documento o licitante deve mencionar claramente que está ciente de que descumpriu o regramento do Edital e que está amplamente de acordo com as possíveis sanções que poderá sofrer, em consonância com o disposto neste instrumento convocatório.

**8.11.2.** Nenhum pedido de desistência de proposta será aceito sem a observância das disposições acima mencionadas, de maneira informal ou diversa do estipulado neste Edital, uma vez que o pedido de desclassificação deverá integrar os autos que deram origem à disputa licitatória.

**8.11.3.** O pedido de desclassificação de proposta deverá ser encaminhado exclusivamente por meio do endereço eletrônico indicado no **item 21.18** deste Edital, com prazo limitado ao encerramento da fase de aceitação, sendo que, transcorrida esta fase, o pedido não mais será aceito, cabendo apenas o declínio no momento da assinatura da(o) Ata/Contrato.

## **9. DO BENEFÍCIO ÀS MICROEMPRESAS, EMPRESAS DE PEQUENO PORTE**

**9.1.** O licitante enquadrado como microempresa, empresa de pequeno porte **deverá declarar, em campo próprio do sistema eletrônico COMPRASNET**, que cumpre os requisitos legais para a qualificação como microempresa, empresa de pequeno porte, microempreendedor individual, produtor rural pessoa física, agricultor familiar de consumo, estando apto a usufruir do tratamento estabelecido nos art. 42 ao 49 da Lei Complementar nº 123/06.

**9.1.1.** A assinalação, no campo do sistema eletrônico COMPRASNET, de que “não” cumpre os requisitos estabelecidos no art. 3º da Lei Complementar nº 123/06 apenas produzirá o efeito de o licitante não ter direito ao tratamento favorecido previsto nesta Lei, mesmo que microempresa ou empresa de pequeno porte.

**9.2. No que se refere aos itens ou lotes/grupos cujo valor seja superior a R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), se houver**, após a fase de lances, se a proposta mais bem classificada não tiver sido ofertada por microempresa, empresa de pequeno porte e houver proposta apresentada por microempresa, empresa de pequeno porte que seja igual ou até 5% (cinco por cento) superior à proposta mais bem classificada, proceder-se-á da seguinte forma:

**9.2.1.** A microempresa, a empresa de pequeno porte mais bem classificada poderá, no prazo de 5 (cinco) minutos, contados do envio da mensagem automática pelo sistema e sob pena de decair do direito concedido, apresentar uma última oferta, obrigatoriamente inferior à proposta do primeiro



colocado, situação em que, atendidas as exigências habilitatórias e observado o valor máximo fixado para a contratação, será adjudicado em seu favor o objeto deste Pregão.

**9.2.2.** Não sendo vencedora a microempresa, empresa de pequeno porte mais bem classificada, na forma do subitem anterior, o sistema, de forma automática, convocará os licitantes remanescentes que porventura se enquadrem na condição prevista no *caput*, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito.

**9.2.3.** No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas, empresas de pequeno porte que se encontrem no intervalo estabelecido no *caput* desta condição, o sistema eletrônico COMPRASNET fará sorteio eletrônico entre tais fornecedores, definindo e convocando automaticamente o vencedor para o encaminhamento da oferta final de desempate.

**9.3. Serão exigidos do microempreendedor individual, microempresa, empresa de pequeno porte os documentos contábeis relacionados no item 11 deste Edital.**

**9.3.1. Microempreendedores individuais, microempresas, empresas de pequeno porte estão liberados da apresentação do Balanço Patrimonial somente para fins fiscais e não para efeito de participação em licitações.**

## **10. DA ACEITABILIDADE DAS PROPOSTAS**

**10.1.** Encerrada a etapa competitiva, o(a) Pregoeiro(a), **auxiliado pela equipe de apoio**, examinará as propostas classificadas em primeiro lugar quanto à compatibilidade com as especificações técnicas do objeto descritas no Anexo I (Termo de Referência) e ao preço ofertado em relação ao valor estimado fixado.

**10.1.1. O Pregoeiro poderá realizar questionamentos no chat e definir um prazo para manifestação, o qual deverá ser obedecido, sob pena de desclassificação.**

**10.2. O critério de julgamento das propostas será o menor preço, nos termos do item 3 do Anexo I (Termo de Referência) do Edital.**

**10.3.** Será desclassificada a proposta ou o lance vencedor, nos termos do item 9.1 do Anexo VII-A da Instrução Normativa SEGES/MP nº 5, de 25 de maio de 2017, que:

- a) Contenha vícios insanáveis ou ilegalidades.
- b) Não apresente as especificações técnicas exigidas no Anexo I (Termo de Referência).
- c) Apresente preço final superior ao valor máximo estabelecido no ato convocatório.
- d) Apresente preço que seja manifestamente inexequível.
- e) Não vier a comprovar sua exequibilidade, em especial em relação ao preço.

**10.3.1.** Considera-se inexequível a proposta de preços ou menor lance que:

**10.3.1.1.** Comprovadamente, for insuficiente para a cobertura dos custos decorrentes da contratação pretendida, apresente valores global ou unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero, incompatíveis com os preços dos insumos e salários de mercado, acrescido dos respectivos encargos, ainda que o Edital não tenha estabelecido valores mínimos, exceto quando se referirem a serviços/produtos/materiais e instalações de propriedade do licitante, para os quais ele renuncie à parcela ou à totalidade de remuneração.

- 10.3.1.2.** Apresentar um ou mais valores da Planilha de Custos e Formação de Preços que sejam inferiores àqueles fixados em instrumentos de caráter normativo obrigatório, tais como leis, medidas provisórias e convenções coletivas de trabalho vigentes.
- 10.3.2.** A inexecutabilidade dos valores referentes a itens isolados da Planilha de Custos e Formação de Preços não caracteriza motivo suficiente para a desclassificação da proposta, desde que não contrariem exigências legais.
- 10.3.3.** Se houver indícios de inexecutabilidade da proposta de preço, ou em caso da necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, na forma do § 3º do artigo 43 da Lei nº 8.666/93, a exemplo das enumeradas no item 9.4 do Anexo VII-A da Instrução Normativa SEGES/MP nº 5, de 25 de maio de 2017, para que a empresa comprove a executabilidade da proposta.
- 10.3.4.** Qualquer interessado poderá requerer que se realizem diligências para aferir a executabilidade e a legalidade das propostas, devendo apresentar as provas ou os indícios que fundamentam o pedido.
- 10.3.5.** Erros no preenchimento da planilha não são motivos suficientes para a desclassificação da proposta, quando a planilha puder ser ajustada sem a necessidade de majoração do preço ofertado, e desde que se comprove que este é o bastante para arcar com todos os custos da contratação.
- 10.3.6.** Quando o licitante apresentar preço final inferior a 30% (trinta por cento) da média dos preços ofertados para o mesmo item, não sendo possível a sua imediata desclassificação por inexecutabilidade, será obrigatória a realização de diligências para aferir a legalidade e executabilidade da proposta.
- 10.3.7.** O(A) Pregoeiro(a) poderá convocar o licitante para enviar documentos complementares, por meio do sistema eletrônico COMPRASNET, conforme instruções do **item 11.5**, no prazo indicado no chat do referido sistema, **sob pena de não aceitação da proposta.**
- 10.3.8.** Quando os documentos solicitados forem comuns a mais de um item/grupo para os quais o licitante possua proposta classificada em primeiro lugar, o (a) Pregoeiro (a) poderá convocar o anexo, por meio do sistema COMPRASNET, para apenas um dos itens/grupos.
- 10.4.** Havendo necessidade, o(a) Pregoeiro(a) suspenderá temporariamente o Pregão para que seja analisada a compatibilidade dos serviços ofertados com as características constantes do presente Edital, podendo, **a critério da equipe técnica do Pregão**, serem solicitadas informações técnicas dos serviços.
- 10.4.1.** Ocorrendo a suspensão prevista no **item 10.4**, o(a) Pregoeiro(a) notificará os participantes da data e horário de reabertura do Pregão para conclusão da etapa de aceitação das propostas e consequente início das demais etapas do certame.
- 10.5.** A desclassificação de uma proposta por incompatibilidade do serviço ofertado com as especificações descritas no Anexo I (Termo de Referência) **poderá, conforme caso e a juízo do(a) Pregoeiro(a), ser precedida de pareceres técnicos da equipe de apoio do Pregão**, ou de técnicos pertencentes ao quadro de pessoal da UFSC ou, ainda, de pessoas físicas ou jurídicas externas a ela.
- 10.6.** Se a proposta que apresentou o menor lance não for aceitável ou se o licitante não atender às exigências de habilitação contidas no **item 11** deste Edital, o(a) Pregoeiro(a) examinará a proposta subsequente, e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda às exigências deste Edital.

- 10.7.** O(A) Pregoeiro(a) poderá encaminhar, através do sistema eletrônico COMPRASNET e com acompanhamento por todos os participantes, contraproposta ao licitante que tenha apresentado lance mais vantajoso, para que seja obtida uma melhor proposta, observando os critérios de julgamento, não sendo admitido negociar condições diferentes das previstas neste Edital.
- 10.8.** Os licitantes com propostas vencedoras, consideradas assim após a fase de aceitação, deverão enviar **para o endereço eletrônico indicado no item 21.18 deste Edital**, os seguintes dados: Razão Social, endereço completo, telefone, número do CNPJ/MF, dados bancários (nº do banco, nº da agência bancária, nº da conta corrente e nome da praça de pagamento), além do nome completo, RG e CPF, número do telefone (preferencialmente móvel) e endereço eletrônico (e-mail) do representante (responsável) da empresa que irá firmar a contratação, **sempre mencionando no assunto do e-mail o número do Pregão**.

## **11. DA HABILITAÇÃO**

**11.1.** Encerrada a etapa de lances da sessão pública e a negociação, o licitante detentor da melhor proposta ou lance classificado deverá apresentar os seguintes documentos para fins de habilitação:

**a) Habilitação jurídica, regularidade fiscal federal, estadual e municipal, bem como qualificação econômico-financeira atualizadas**, mediante consulta *on-line* a ser realizada pelo(a) Pregoeiro(a) ao Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF).

**a.1)** Na qualificação econômico-financeira do SICAF, o licitante deverá apresentar resultado igual ou maior do que 1,00 (um) em todos os índices que medem a situação financeira (Liquidez Geral, Solvência Geral e Liquidez Corrente). Não apresentando tal resultado no tocante aos índices, o(a) Pregoeiro(a) inicialmente, ainda via sistema SICAF, verificará se o licitante possui Capital Social ou Patrimônio Líquido em valor igual ou superior a 10% (dez por cento) do valor estimado global da contratação. **Caso contrário ou se o seu cadastro estiver desatualizado**, o licitante deverá apresentar, nos termos do **item 11.5** deste Edital, as Demonstrações Contábeis (Balanço Patrimonial e Demonstrativo do Resultado do Exercício) do último exercício social, relativamente à data da apresentação da proposta, para fins de comprovar que atende a um desses itens, isto é, índices contábeis ou Capital Social/Patrimônio Líquido no percentual citado anteriormente.

**a.1.1)** As demonstrações contábeis devem ser apresentadas na forma da Lei Ordinária nº 10.406/02, que estabelece o prazo para tomar as contas dos administradores e deliberar sobre o Balanço Patrimonial e resultado econômico os 4 (quatro) meses seguintes ao do término do exercício social. Serão aceitas as demonstrações contábeis escrituradas até 30 de abril, independente do tipo de constituição da empresa, conforme entendimento do TCU (Acórdão 1999/2014-Plenário, TC 015.817/2014-8, de 30 de julho de 2014). Para os licitantes junto à UFSC, considera-se o prazo para aprovação do Balanço Patrimonial conforme disposto no art. 1078 do Código Civil, ou seja, 30 de abril, independente do tipo de constituição da empresa.

**a.1.2)** Somente serão aceitas as Demonstrações Contábeis na forma da Lei, respeitando a norma legal que rege estes documentos, os quais deverão contemplar: a indicação do número das páginas e do número do Livro Diário onde estão inscritos o Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado do Exercício, acompanhados dos respectivos termos de abertura e encerramento do mesmo; assinatura do contador e do titular ou representante legal da entidade nas Demonstrações Contábeis; e prova de registro na Junta Comercial ou cartório (com carimbo, etiqueta ou chancela da Junta Comercial).

**a.1.3)** Para empresas constituídas há menos de 1 (um) ano, será aceita a apresentação do balanço de abertura, devidamente registrado na Junta Comercial, acompanhado do documento de

constituição da empresa, que comprove tal condição. Não será aceito nenhum outro documento, que não este, previsto em Lei.

**a.1.4)** Para as empresas obrigadas à Escrituração Contábil Digital (ECD), a autenticação de livros contábeis poderá ser feita por meio do Sistema Público de Escrituração Digital (SPED), de que trata o Decreto nº 6.022/07, mediante a apresentação de escrituração contábil digital, e poderá ser comprovada pelo recibo de entrega emitido pelo SPED. A autenticação prevista no art. 78 do Decreto nº 8.683/16 dispensa a autenticação de que trata o art. 39 da Lei nº 8.934/94, nos termos do art. 39-A da referida Lei.

**a.1.5)** As demonstrações contábeis elaboradas na forma de ECD e transmitidas pelo sistema SPED devem conter os Termos de Abertura e Encerramento do Livro Diário, o Balanço Patrimonial, a Demonstração de Resultado do Exercício e o respectivo recibo de entrega. A autenticação das demonstrações contábeis deve ser comprovada pelo recibo de entrega da ECD, em conformidade com o número apresentado nos documentos integrantes da escrituração, nos termos do Decreto nº 8.683/2016.

**a.1.6)** As Demonstrações Contábeis das empresas obrigadas a apresentação da escrituração contábil por meio do SPED **terão validade até o último dia útil do mês de maio do ano seguinte ao ano-calendário a que se refere a escrituração**, conforme o art. 5º da Instrução Normativa nº 1.774/17 da Receita Federal do Brasil.

**a.1.7)** No que tange às empresas do tipo sociedade anônima, de acordo com o art. 132 da Lei nº 6.404/76 (Lei das Sociedades Por Ações), as demonstrações financeiras deverão ser aprovadas em assembleia-geral ordinária, comprovada mediante ata arquivada e publicada no registro do comércio.

**a.2)** Em se tratando de microempresa, empresa de pequeno porte, **regularidade fiscal e trabalhista**, será assegurado o **prazo de 5 (cinco) dias úteis**, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado vencedor do certame, prorrogáveis por nos termos da Lei Complementar nº 147/14, havendo alguma **restrição na comprovação da** igual período, a critério da Administração, para regularização da documentação ou parcelamento do débito, emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

**a.2.1)** A não regularização da documentação, no prazo e condições disciplinadas no *caput*, implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei nº 8.666/93, e no art. 28 do Decreto nº 5.450/05, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, ou revogar a licitação.

**a.3)** O(A) Pregoeiro(a) consultará no SICAF a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas perante a Justiça do Trabalho, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452/43), considerando a alteração no art. 29, inc. V, da Lei nº 8.666/93, determinado pela Lei nº 12.440/11. Caso a certidão não esteja disponível no sistema SICAF, o(a) Pregoeiro(a) procederá à consulta online no sítio [www.tst.jus.br](http://www.tst.jus.br). Se não for possível ter acesso ao documento ou se houver restrição de qualquer ordem, o licitante será convocado a encaminhar a certidão nos termos do **item 11.5** do presente Edital.

**a.4)** Em se tratando de microempreendedor individual (MEI), o licitante deverá apresentar, nos termos do **item 11.5**, o Certificado da Condição de Microempreendedor Individual (CCMEI), cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio [www.portaldoempreendedor.gov.br](http://www.portaldoempreendedor.gov.br).

**b)** Independentemente de cadastro no SICAF, a **comprovação da qualificação técnica**, para todos os itens, se dará por meio de:

**b.1)** Dado o volume de vidas abrangidas pela política de saúde suplementar (aproximadamente 15 mil beneficiários) estarão aptas a participar as organizações que se enquadrem nas categorias de médio e/ou grande porte segundo as definições do art. 4º da RN nº 392/2015 da Agência Nacional de Saúde.

**b.2)** Prova de capacidade técnica da empresa, mediante a apresentação de atestado(s) de capacidade técnica fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que comprove(m) que a empresa executou ou executa serviços de assistência à saúde suplementar, com acesso a possibilidade de inclusão em planos de saúde.

**b.2.1)** Somente serão aceitos atestados expedidos após a conclusão do contrato ou se decorrido, pelo menos, 1 (um) ano do início de sua execução, exceto se firmado para ser executado em prazo inferior.

**b.2.2)** Não serão aceitos Atestados de Capacidade Técnica emitidos pelo próprio licitante.

**b.3)** Autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovação de regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização de planos de saúde.

**b.4)** Relação atualizada dos médicos e seus respectivos registros no CRM, divididos por especialidade, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou maternidades credenciados, através dos quais pretende executar o serviço de Assistência à Saúde.

**b.4.1)** A comprovação do credenciamento dos médicos, dentistas, clínicas, laboratórios e hospitais/maternidades, através dos quais a Contratada pretende executar o Plano de Assistência à Saúde, deverá ser feito no momento da assinatura do Contrato, cuja documentação será analisada por equipe técnica indicada, podendo esta solicitar quantos documentos achar necessários para sanar suas dúvidas.

**c)** Declaração de que o licitante é o responsável exclusivo pela quitação dos encargos trabalhistas e sociais decorrentes do contrato a ser firmado com a UFSC, oriundo do Pregão 303/2019.

**c.1)** Este documento deverá ser emitido pelo próprio licitante, assinado por seu representante legal, devendo ser encaminhado juntamente com a documentação de habilitação, sob pena de inabilitação.

**d)** Em relação aos licitantes que se enquadrem como cooperativas será, ainda, exigida a seguinte documentação:

**d.1)** Relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei nº 5.764/71.

**d.2)** Declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI.

**d.3)** Comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço.

**d.4)** Registro previsto no art. 107 da Lei nº 5.764/71.

**d.5)** Comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato.

**d.6)** Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa:

**d.6.1)** Ata de fundação.

**d.6.2)** Estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou.

**d.6.3)** Regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia.

**d.6.4)** Editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias.

**d.6.5)** Três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais.

**d.6.6)** Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação.

**d.7)** A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei nº 5.764/71 ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

**11.1.1.** O licitante disponibilizará, **somente quando solicitado pelo(a) Pregoeiro(a) e na forma de diligência**, todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos documentos apresentados na fase de habilitação, encaminhando, dentre outros documentos que possam vir a ser solicitados ao longo da realização do Pregão, cópia(s) do(s) contrato(s) que deu(ram) origem ao atestado de capacidade técnica, endereço atual da contratante e local em que foram prestados os serviços, bem como quaisquer outros documentos que se façam necessários a fiel e correta análise e julgamento da habilitação.

**11.1.1.1.** O prazo para apresentação destes documentos será registrado em Ata e comunicado a todos os participantes por meio do sistema COMPRASNET, podendo ser encaminhado também por e-mail ao licitante cujo(s) documento(s) está(ão) sob análise e posteriormente divulgado a todos os interessados, considerando-se, assim, a prática de diligência prevista na Lei nº 8.666/93.

**11.1.1.2.** Poderão ser realizadas quantas solicitações forem necessárias neste formato (diligência), até que todas as dúvidas possam ser sanadas pelo(a) Pregoeiro(a) e sua equipe de apoio.

**11.1.1.3.** O não atendimento da(s) diligência(s) no(s) prazo(s) definido(s) pelo(a) Pregoeiro(a) acarretará na inabilitação/desclassificação do licitante.

**11.1.1.4. Para fins de habilitação, é inicialmente dispensável documentação suplementar para comprovação da legitimidade dos atestados fornecidos, cabendo sua apresentação somente quando diligenciado e respeitando o prazo legal que será estipulado para atendimento desta solicitação, sob pena de inabilitação no caso de não atendimento de qualquer uma das diligências que possam vir a ser realizadas ao longo da realização do certame.**

**11.1.2.** A validade das certidões exigidas corresponderá ao prazo fixado nos próprios documentos. Caso as mesmas não contenham expressamente o prazo de validade, a UFSC convencionou o prazo como sendo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua expedição, ressalvada a hipótese de o licitante comprovar que o documento tem prazo de validade superior ao convencionado, mediante juntada de norma legal pertinente.

**11.2.** O(A) Pregoeiro(a) verificará, ainda, **sob pena de inabilitação:**

**a)** A existência de registros impeditivos de contratação no Cadastro de Licitantes Inidôneos, disponível no Portal do TCU, no sítio [www.tcu.gov.br](http://www.tcu.gov.br).

- b) A existência de registros impeditivos de contratação por improbidade administrativa no Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa – CNIA, disponível no Portal do CNJ, no sítio [www.cnj.jus.br](http://www.cnj.jus.br).
- c) A existência de registros impeditivos da contratação no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas/CGU – CEIS – disponível no Portal da Transparência, no sítio [www.portaltransparencia.gov.br](http://www.portaltransparencia.gov.br).
- d) A existência de registros impeditivos de contratação no Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP – disponível no Portal da Transparência, no sítio [www.portaltransparencia.gov.br](http://www.portaltransparencia.gov.br).
- e) Se na composição societária existe servidor com vínculo junto a Universidade Federal de Santa Catarina.

**11.2.1. Sendo constatado qualquer impedimento de licitar ou contratar por parte do licitante em qualquer das consultas anteriores ou ainda por meio do cadastro SICAF, no que se refere à UFSC, o mesmo será inabilitado.**

- 11.3. O(A) Pregoeiro(a) poderá consultar, sem qualquer obrigatoriedade, sítios oficiais de órgãos e entidades emissoras de certidões e quaisquer outras documentações, a fim de verificar as condições de habilitação dos licitantes.
- 11.4. Para fins de habilitação, o licitante deverá apresentar as declarações indicadas no **item 6.2** no momento do cadastramento da proposta, eletronicamente em campo próprio do sistema eletrônico COMPRASNET.
- 11.5. **Todos os documentos solicitados pelo(a) Pregoeiro(a), tais como aqueles não contemplados no SICAF ou com validade vencida, deverão ser remetidos, em arquivo único, por meio da opção “Enviar Anexo” do sistema eletrônico COMPRASNET, no prazo definido pelo(a) Pregoeiro(a) no chat do referido sistema.**
  - 11.5.1. Dentro do prazo estabelecido no *caput*, poderão ser remetidos, por iniciativa do licitante, tantos quantos forem os documentos complementares ou retificadores afetos a sua habilitação. Nesse caso, o licitante deve manifestar o desejo de envio de nova documentação através do endereço eletrônico indicado no **item 21.18** deste Edital, hipótese em que o(a) Pregoeiro(a) fará novo uso da funcionalidade “Convocar Anexo”.
  - 11.5.2. No caso de comprovada inviabilidade ou dificuldade de envio ou recebimento da documentação pelo sistema eletrônico COMPRASNET, a documentação poderá ser enviada para o endereço eletrônico indicado no **item 21.18** deste Edital, sendo tal documentação divulgada posteriormente no site do DPL para conhecimento de todos os participantes. A documentação enviada por e-mail, no caso de comprovada inviabilidade de envio pelo sistema, deverá estar dentro do prazo inicialmente estabelecido pelo Pregoeiro.
  - 11.5.3. Depois de transcorrido o prazo estabelecido no *caput*, ou a confirmação de envio dos documentos solicitados, via chat do sistema COMPRASNET, por parte do licitante, não serão considerados para fins de análise, sob qualquer alegação, o envio de documentos de habilitação que deveriam/poderiam ter sido remetidos anteriormente.
  - 11.5.4. Os documentos encaminhados deverão estar em nome do licitante, com indicação do número de inscrição no CNPJ.
  - 11.5.5. Em se tratando de filial, os documentos de habilitação jurídica e regularidade fiscal deverão estar em nome da filial, exceto aqueles que, pela própria natureza, são emitidos somente em nome da matriz.

- 11.5.6.** Todos os documentos emitidos em língua estrangeira deverão ser entregues acompanhados da tradução para língua portuguesa, efetuada por tradutor juramentado, e também devidamente consularizados ou registrados no cartório de títulos e documentos. Os documentos de procedência estrangeira, mas emitidos em língua portuguesa, também deverão ser apresentados devidamente consularizados ou registrados em cartório de títulos e documentos.
- 11.5.7.** Os documentos remetidos pelos licitantes na forma do *caput* poderão ser solicitados em original ou por cópia autenticada a qualquer momento, em prazo a ser estabelecido pelo(a) Pregoeiro(a).
- 11.5.8.** Quando os documentos solicitados forem comuns a mais de um item/grupo para os quais o licitante possua proposta aceita, o (a) Pregoeiro (a) poderá convocar o anexo, por meio do sistema COMPRASNET, para apenas um dos itens/grupos.
- 11.6.** Se o licitante não atender às exigências de habilitação, o(a) Pregoeiro(a) examinará a proposta subsequente e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a seleção da proposta que melhor atenda a este Edital.
- 11.7.** Constatado o atendimento às exigências fixadas neste Edital, o licitante será declarado vencedor.
- 11.8.** O licitante terá o prazo de 2 (duas) horas para envio de documentos de habilitação complementares, conforme instruções do **item 11.5**, a partir da solicitação do(a) Pregoeiro(a) no sistema eletrônico COMPRASNET, de acordo com o que prevê o § 2º do art. 25 do Decreto nº 5.450/05.
- 11.9.** De acordo com as informações constantes de seu sítio, o DPL não solicita o envio de documentos via correios, considerando que a disputa ocorre por meio eletrônico.
- 11.9.1.** Caso o(a) Pregoeiro(a), por algum motivo excepcional, solicite o encaminhamento de algum documento por remessa via correios, tal requerimento será registrado no chat do sistema eletrônico COMPRASNET.

## **12. DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS**

- 12.1.** Declarado o vencedor, o(a) Pregoeiro(a) abrirá **prazo mínimo de 30 (trinta) minutos**, durante o qual qualquer licitante poderá, **de forma imediata e motivada**, em campo próprio do sistema eletrônico COMPRASNET, manifestar sua intenção de recurso, com registro da síntese de suas razões.
- 12.2.** A falta de manifestação imediata e motivada do licitante quanto à intenção de recorrer, nos termos do item anterior, levará a decadência do direito de recurso e consequente adjudicação do objeto da licitação ao vencedor.
- 12.3.** O(A) Pregoeiro(a) examinará a intenção de recurso, aceitando-a ou, motivadamente, rejeitando-a, em campo próprio do sistema.
- 12.4.** O licitante que tiver sua intenção de recurso aceita deverá registrar as razões do recurso em campo próprio do sistema, no prazo de 3 (três) dias, ficando os demais licitantes desde logo intimados para, querendo, apresentar contrarrazões via sistema e em igual prazo, contado a partir do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.
- 12.5.** No caso de comprovada inviabilidade no envio dos recursos e/ou das contrarrazões via sistema COMPRASNET, o licitante deverá encaminhar a documentação para o e-mail indicado no **item 21.18** do Edital, dentro do prazo mencionado no **item 12.4**, juntamente com o respectivo registro de indisponibilidade do sistema.
- 12.6.** Os recursos rejeitados pelo(a) Pregoeiro(a) serão apreciados pela autoridade competente.



- 12.7.** O recurso contra o resultado da licitação terá efeito suspensivo no tocante ao item do objeto ao qual o recurso se referir, **inclusive quanto ao prazo de validade da proposta, o qual somente recomeçará a contar quando da decisão final da autoridade competente.**
- 12.8.** O acolhimento do recurso implicará apenas na invalidação dos atos insuscetíveis de aproveitamento.
- 12.9.** Caso o licitante possua dúvidas a respeito da forma de interposição dos recursos administrativos no sistema COMPRASNET ou em relação aos prazos legais, o DPL orienta que o mesmo consulte o manual do fornecedor disponível no portal COMPRASNET, o qual contempla todas as orientações referentes a esse direito do licitante, bem como consulte as legislações que versam sobre a modalidade licitatória em disputa, não cabendo ao(à) Pregoeiro(a) prestar esclarecimentos adicionais acerca desse tema.

### **13. DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO**

- 13.1.** O objeto deste Pregão será adjudicado pelo(a) Pregoeiro(a), salvo quando houver recurso, hipótese em que a adjudicação caberá à autoridade competente para homologação.
- 13.2.** A homologação deste Pregão compete ao Pró-Reitor de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.
- 13.3.** Depois da homologação deste certame a convocação da adjudicatária será procedida por meio de Notificação para, **no prazo de 5 (cinco) dias úteis** contados de seu recebimento, assinar o instrumento de contrato, sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei nº 8.666/93.
- 13.4.** A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.
- 13.5.** Concluídas as etapas do certame, o sistema COMPRASNET emitirá aviso automático ao licitante vencedor para que este contate a Administração para fins de consolidar as demais providências quanto à contratação e/ou ao fornecimento do objeto.
- 13.5.1.** O licitante não deve contatar o DPL a respeito de providências de contratação e/ou fornecimento do objeto, conforme o disposto no **item 21.14** do Edital. Os encaminhamentos e tratativas subsequentes à fase de disputa do certame são de competência dos departamentos ou unidades requerentes, ocorrendo de acordo com o interesse e a disponibilidade da Administração.

### **14. DAS CONDIÇÕES DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- 14.1.** Os serviços deverão ser prestados conforme as condições indicadas no Anexo I (Termo de Referência).

### **15. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E CONTRATADA**

- 15.1.** As obrigações da contratante e da contratada estão estabelecidas no Anexo I (Termo de Referência).

### **16. DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO**

- 16.1.** Os critérios de fiscalização estão previstos no Anexo I (Termo de Referência).

## **17. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**17.1.** Os critérios de pagamento estão previstos no Anexo XV (Minuta do Contrato).

## **18. DO REAJUSTE E DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO**

**18.1.** As regras acerca do reajuste e reequilíbrio econômico financeiro do valor contratual estão definidas no Anexo XV (Minuta do Contrato).

## **19. DA ALTERAÇÃO, DA RESCISÃO E DA RENOVAÇÃO CONTRATUAL**

**19.1.** As regras quanto à alteração, rescisão e renovação do contrato estão definidas no Anexo XV (Minuta do Contrato).

## **20. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**20.1.** Em se tratando dos casos discriminados nas alíneas a seguir, e levando-se em conta o caso concreto, o nível de gravidade e os prejuízos causados à Administração, o licitante poderá ficar impedido de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de até 6 (seis) meses.

- a) Não mantiver sua proposta ou solicitar o cancelamento do lance depois de finalizada a etapa de disputa ou, ainda, deixar de apresentar quaisquer dos documentos exigidos no Edital e seus Anexos.
- b) Recusar-se ou deixar de enviar documentos necessários à análise da proposta, previstos no Edital.
- c) Não enviar amostra para análise, quando solicitada pela UFSC, se esta exigência estiver prevista no Edital e seus Anexos.
- d) Recusar-se ou deixar de responder diligência realizada pela UFSC durante a análise da proposta ou da documentação de habilitação.
- e) Deixar de manter as condições de habilitação ao longo da execução do Contrato.

**20.2.** Se o licitante deixar de celebrar o Contrato, ficará sujeito às seguintes penalidades, conforme o caso:

- a) Recusar-se ou deixar de enviar documento(s) necessário(s) à comprovação de capacidade para assinatura do Contrato/Nota de Empenho, de acordo com o solicitado: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de 1 (um) ano e multa de até 20% (vinte por cento) em relação ao valor total de sua proposta.
- b) Recusar-se ou deixar de assinar o Contrato dentro do prazo de validade da sua proposta: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de 1 (um) ano e multa de até 20% (vinte por cento) em relação ao valor total de sua proposta.
- c) Recusar-se ou deixar de receber a Nota de Empenho referente à contratação: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de no mínimo 1 (um) ano, limitado a 3 (três) anos, e multa de até 20% (vinte por cento) em relação ao valor total do empenho.

**20.3.** Se o licitante tentar fraudar, fraudar ou falhar na execução do Contrato/Nota de Empenho, ou ensejar retardamento de sua execução, ficará sujeito às seguintes penalidades, conforme o caso:

- a) Recusar-se ou deixar de fornecer quaisquer dos itens contratados: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de 2 (dois) a 3 (três) anos, e multa

de até 20% (vinte por cento) em relação ao valor global atualizado do Contrato ou ao valor total do empenho.

- b) Atrasar a entrega de quaisquer dos itens solicitados por prazo superior a 30 (trinta) dias: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de 2 (dois) a 3 (três) anos, além de multa de até 20 (vinte por cento) em relação ao valor global atualizado do Contrato ou ao valor total do empenho.
- c) Entregar produtos ou prestar serviços com características diversas daquelas constantes de sua proposta (salvo se mediante devida comprovação quanto à equivalência em processo administrativo adequado e aprovado pela autoridade competente) ou no Contrato, recusando-se ou deixando de substituí-lo no prazo fixado pela UFSC: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de 2 (dois) a 3 (três) anos, e multa de até 20% (vinte por cento) em relação ao valor global atualizado do Contrato ou ao valor total do empenho.
- d) Deixar de prestar garantia técnica a quaisquer dos itens relativos à licitação, dentro do prazo exigido no instrumento convocatório: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de 2 (dois) a 3 (três) anos, e multa de até 20% (vinte por cento) em relação ao valor global atualizado do Contrato ou ao valor total do empenho.

**20.3.1.** Nos casos em que o licitante inadimplente entregar os produtos ou prestar os serviços durante o processo para sua penalização, fica facultado à UFSC receber o produto/serviço e reduzir a multa até a metade do valor inicialmente calculado, podendo ainda deixar de aplicar a penalidade de impedimento de licitar ou contratar, considerando-se o prejuízo sofrido pela Administração.

**20.4.** Se o licitante apresentar indícios, documento ou declaração falsos, ficará sujeito às seguintes penalidade, conforme o caso:

- a) Omitir informações em quaisquer documentos exigidos no Pregão: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de até 4 (quatro) anos.
- b) Adulterar documento, público ou particular, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade: impedimento de licitar pelo prazo de até 5 (cinco) anos.
- c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados.

**20.5.** Se o licitante cometer fraude fiscal, mediante declaração falsa sobre seu enquadramento fiscal, omissão, falsificação ou alteração de informações em suas notas fiscais ou de outrem, ficará sujeito às seguintes penalidades:

- a) Impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de até 5 (cinco) anos.
- b) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados.

**20.6.** O licitante enquadrado nos **itens 20.4 a 20.5**, além da pena aplicável, sofrerá ainda multa de até 20% (vinte por cento) em relação ao:

- a) Valor total de sua proposta, quando a ocorrência se der anteriormente à homologação do certame.

b) Valor do Contrato, quando a ocorrência se der posteriormente à homologação da licitação.

**20.7. O licitante é responsável por solicitar seu desenquadramento da condição de microempresa ou empresa de pequeno porte, se for o caso, quando houver ultrapassado o limite de faturamento estabelecido no art. 3º da Lei Complementar nº 123/06, no ano fiscal anterior, sob pena de ser declarado inidôneo para licitar e contratar com a Administração Pública, sem prejuízo das demais sanções, caso usufrua ou tente usufruir indevidamente dos benefícios previstos no Decreto nº 8.538/15.**

**20.8.** Se o licitante comportar-se de modo inidôneo ficará sujeito às seguintes penalidades, conforme o caso:

- a) Praticar atos comprovadamente realizados com má-fé ou dolo: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de até 5 (cinco) anos, e multa de até 20% (vinte por cento) em relação ao valor total de sua proposta ou ao valor do empenho ou Contrato.
- b) Participação, na licitação, de empresa constituída com a finalidade de burlar penalidade aplicada anteriormente, a qual será constatada mediante a verificação dos quadros societários, objetos sociais e/ou endereços, da empresa participante e da penalizada anteriormente: impedimento de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de até 5 (cinco) anos, e multa de até 20% (vinte por cento) em relação ao valor total de sua proposta ou ao valor do empenho ou Contrato.
- c) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados.

**20.8.1.** Considera-se comportamento inidôneo, entre outros, a declaração falsa quanto às condições de participação, quanto ao enquadramento como ME/EPP ou o conluio entre os licitantes, em qualquer momento da licitação, mesmo após o encerramento da fase de lances.

**20.9.** Em se tratando dos casos discriminados nas alíneas a seguir, o licitante que causar transtornos, tumultuar a disputa do certame ou não respeitar as normas editalícias, ficará impedido de licitar e de contratar com quaisquer órgãos/entidades da União pelo prazo de 3 (três) meses, e ficará sujeito à multa de 10% (dez por cento) em relação ao valor total estimado do(s) item(ns) em disputa:

- a) Perturbar qualquer ato da sessão pública da licitação como, por exemplo, ofender o Pregoeiro, Presidente ou membro da comissão ou equipe de apoio, ou levantar falsa acusação quanto à prática dos servidores envolvidos na realização do certame.
- b) Solicitar sua inabilitação depois de concluída a fase de habilitação.
- c) Descumprir, durante a execução do certame, os requisitos de habilitação depois de declarar previamente em campo próprio do sistema eletrônico COMPRASNET que os atendia.
- d) Deixar de apresentar nova proposta ou planilha de formação e composição de preços no prazo estabelecido pelo Pregoeiro ou equipe de apoio, devidamente adaptada ao valor final ofertado na fase de lances ou obtido mediante negociação.
- e) Interpor recurso meramente protelatório, com base em fundamentação que já tenha sido motivo de impugnação ao Edital e seus Anexos e resultado em improcedência, ou interpor intenção de recurso e posteriormente deixar de apresentá-lo, causando morosidade à disputa da licitação.

**20.10.** Além do exposto nos itens precedentes, a adjudicatária ficará sujeita a sanções de advertência e multa, de acordo com o estabelecido nos arts. 86 e 87 da Lei nº 8.666/93, aplicadas

suplementarmente pela inobservância das condições estabelecidas para o fornecimento ou prestação de serviço ora contratado, além das sanções de suspensão temporária e declaração de inidoneidade, previstas no art.87 da Lei nº 8.666/93.

- a) Advertência, nos casos de menor gravidade.
- b) Multa de mora de 0,66% (zero vírgula sessenta e seis por cento), calculada sobre o total devido, por dia de atraso na entrega do objeto, sendo que a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de atraso, este será considerado como inexecução total do Contrato, implicando as sanções mencionadas no **item 20.3**.
- c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos.
- d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados.

**20.11.** As sanções previstas nesta seção não impedem a Administração de exigir indenizações suplementares para reparar os danos oriundos da violação de deveres contratuais por parte do licitante, apurados durante processo administrativo de penalização.

**20.11.1.** Se as multas previstas no Edital não forem suficientes para indenizar os danos sofridos pela Administração, esta poderá cobrar, administrativa e judicialmente, os prejuízos excedentes, tendo, neste caso, que provar os danos, conforme dispõe o art. 416 do Código Civil Brasileiro.

**20.12.** Será assegurado ao licitante, previamente à aplicação das penalidades indicadas neste instrumento convocatório, o direito ao contraditório e à ampla defesa.

**20.13.** A aplicação de uma das penalidades previstas neste Edital não exclui a possibilidade de aplicação de outras.

**20.14.** As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF e, no caso de impedimento de licitar e de contratar, o licitante será descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas do Edital, no Contrato e em demais cominações legais.

**20.15.** A dosimetria das penalidades levará em consideração, além dos fatos e provas constantes do processo administrativo:

- a) O dano causado à Administração;
- b) O caráter educativo da pena;
- c) A reincidência como maus antecedentes;
- d) A proporcionalidade.

**20.16.** Nos casos em que couber, serão aplicadas ainda as sanções previstas na Lei nº 12.846/13, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública.

**20.17.1.** Se, durante o processo de aplicação de penalidade, houver indícios de prática de infração administrativa tipificada pela Lei nº 12.846/2013, como ato lesivo à administração pública nacional ou estrangeira, cópias do processo administrativo necessária à apuração da responsabilidade da empresa deverão ser remetidas à autoridade competente, com despacho

fundamentado, para ciência e decisão sobre a eventual instauração de investigação preliminar ou Processo Administrativo de Responsabilização (PAR).

- 20.17.2.** A apuração e o julgamento das demais infrações administrativas não consideradas como ato lesivo à Administração Pública nacional ou estrangeira, nos termos da Lei nº 12.846/ 2013, seguirão seu rito normal na unidade administrativa.
- 20.17.3.** O processamento do PAR não interfere no seguimento regular dos processos administrativos específicos para apuração da ocorrência de danos e prejuízos à Administração Pública Federal resultantes de ato lesivo cometido por pessoa jurídica, com ou sem a participação de agente público.
- 20.17.** Quando a rescisão contratual não for conveniente e oportuna à Administração, esta poderá manter em vigor o Contrato, cobrando do licitante apenas os valores referentes às multas, fundamentando expressamente as razões que motivam a manutenção da relação contratual.
- 20.18.** As sanções de impedimento de licitar e de contratar não serão passíveis de reabilitação antes de finalizado o prazo fixado, tendo o licitante que cumpri-lo integralmente.
- 20.19.** O encaminhamento de Ofício de Notificação quanto à abertura de processo administrativo contra licitante ou empresa contratada será efetuado pelo departamento, unidade ou comissão responsável da UFSC, exclusivamente por meio de endereço eletrônico constante do SICAF ou aquele informado nos termos do **item 10.8** deste Edital, ou por meio físico, para fins de garantir o seu direito ao contraditório e à ampla defesa.
- 20.19.1.** Levando em conta as inovações tecnológicas, o avanço das tecnologias de informação e o fato inegável de que, atualmente para participar de um processo licitatório todos os licitantes devem possuir acesso às redes mundiais de computadores, todas as comunicações entre a UFSC e o licitante ou empresa contratada dar-se-ão por meio eletrônico, considerando-se o endereço eletrônico mencionado no item precedente, sendo de inteira responsabilidade do licitante mantê-lo permanentemente atualizado.
- 20.19.2.** O licitante ou empresa contratada, além de manter seu e-mail permanentemente atualizado, fica responsável por acessar sua caixa de entrada periodicamente durante todo o processo da licitação e/ou contratação, devendo também averiguar sua caixa de *spam*, sob pena de perder os prazos legais previstos acerca do direito de defesa/manifestação quanto ao teor do Ofício de Notificação.
- 20.19.3.** Tal prática visa a conferir maior celeridade processual e proporcionar economicidade a todas as partes envolvidas nos processos, sobretudo à sociedade, que custeia a gestão pública, na medida em que privilegia o envio eletrônico de informações em detrimento de outros meios de comunicação, como publicações em Diário Oficial ou remessas via correio, à exceção dos casos que por Lei exigem-se intimação ou vista pessoal.
- 20.19.4.** Quando, por razões técnicas, for inviável o uso de meio eletrônico para o encaminhamento de Ofício de Notificação, esse ato poderá ser viabilizado segundo as regras ordinárias, sendo dever do licitante ou empresa contratada manter, junto à Administração, atualizados os dados de endereço, contato telefônico e do representante legal da empresa, não suprimindo tal ônus a mera formalização da alteração do ato constitutivo ou do contrato social na Junta Comercial competente, no Cartório de Registro de Títulos ou outro ato solene que a lei determinar.
- 20.19.5.** O encaminhamento de Ofício de Notificação por meio eletrônico possui respaldo no art. 5.º, LXXVIII, da Constituição Federal de 1988; art. 26, § 3.º, *in fine* e art. 2.º, § único, IX (princípio do formalismo moderado), todos da Lei n.º 9.784/99, a qual regula o processo

administrativo no âmbito da Administração Pública Federal; art. 5.º do Decreto nº 8.539/15; e, subsidiariamente, cf. disciplina o art. 15, calca-se também na disposição do art. 270 do Código de Processo Civil de 2015, sendo hoje uma prática já consolidada no Poder Judiciário e que vem sendo implantada nos demais Poderes com a finalidade de otimizar custos, critérios de sustentabilidade e ritos processuais, primando pela eficiência no serviço público sem prejuízo do direito ao contraditório e à ampla defesa de quaisquer das partes.

- 20.19.6.** Simultaneamente ao encaminhamento eletrônico, o Ofício de Notificação poderá ser disponibilizado também no portal da Pró-Reitoria de Administração (PROAD), sítio [www.proad.ufsc.br](http://www.proad.ufsc.br), o que poderá substituir a publicação da notificação em Diário Oficial ou caso não tenha sido possível localizar o licitante e/ou empresa contratada.
  - 20.19.7.** As defesas/manifestações, quando em resposta ao Ofício de Notificação de que trata o item anterior, deverão ser encaminhadas preferencialmente por meio eletrônico, segundo as orientações contidas no sítio da PROAD supracitado, de modo a economizar custos, evitar a necessidade de deslocamentos e, ainda, otimizar o prazo para que o licitante e/ou empresa contratada elabore as peças que julgar convenientes à sua defesa/manifestação.
  - 20.19.8.** Todo o recebimento eletrônico será protocolado por meio de uma resposta eletrônica, resguardando o licitante e/ou empresa contratada quanto à efetiva entrega de sua defesa ou manifestação.
  - 20.19.9.** Quando a defesa/manifestação do licitante e/ou empresa contratada for enviada para atender a prazo processual, este passará a contar a partir da data do registro de recebimento da notificação ou do seu registro de protocolo, o que ocorrer primeiro, sendo considerada tempestiva a defesa/manifestação recebida até as 24 (vinte e quatro) horas do seu último dia.
  - 20.19.10.** Toda a operacionalidade por meio eletrônico mantém inalterados os prazos legais para as defesas/manifestações, bem como mantém conservado todo o direito ao contraditório e à ampla defesa em toda e qualquer fase do rito processual.
  - 20.19.11.** Demais dúvidas acerca do disposto nos subitens precedentes quanto às notificações, defesas ou manifestações, poderão ser sanadas por meio eletrônico, seguindo as orientações contidas no sítio da PROAD, [www.proad.ufsc.br](http://www.proad.ufsc.br).
- 20.20.** As multas aplicadas deverão ser recolhidas à UFSC, por meio de Guia de Recolhimento da União (GRU), observando-se sua data de vencimento, podendo a Administração cobrá-las judicialmente, nos termos da Lei nº 6.830/80, com os encargos correspondentes, ou descontá-las dos valores remanescentes de pagamentos à empresa.

## **21. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 21.1.** A participação no presente Pregão implica na aceitação integral e irretroatável de todas as condições exigidas neste Edital e nos documentos que dele fazem parte, bem como na observância dos preceitos legais e regulamentares em vigor.
- 21.2.** Será lavrada a ata da sessão pública de realização do Pregão, que registrará os fatos ocorridos e estará disponível aos participantes no sistema eletrônico.
- 21.3.** Ao Pró-Reitor de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina compete anular este Pregão por ilegalidade, de ofício ou por provocação de qualquer pessoa, bem como revogá-lo, em qualquer de suas fases, por considerá-lo inoportuno ou inconveniente diante de fato superveniente,

mediante ato escrito e fundamentado, sem que caiba aos respectivos participantes direito à reclamação ou indenização.

**21.3.1.** A anulação do Pregão induz à do Contrato e/ou Nota de Empenho.

- 21.4.** As proponentes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a UFSC não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.
- 21.5.** É facultado ao(à) Pregoeiro(a) ou à autoridade superior, em qualquer fase deste Pregão, promover diligência destinada a esclarecer ou completar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de informação ou de documentos que deveriam ter sido apresentados para fins de classificação e habilitação.
- 21.6.** No julgamento das propostas e na fase de habilitação, o(a) Pregoeiro(a) poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas e dos documentos e a sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de classificação e habilitação.
- 21.7.** Presumir-se-ão como aceitos, para todos os efeitos, os prazos definidos neste Edital e em seus respectivos anexos.
- 21.8.** Em caso de divergência entre normas infralegais e as contidas neste Edital, prevalecerão as últimas.
- 21.9.** Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na UFSC.
- 21.10.** Os licitantes, após a publicação oficial deste Edital, ficarão responsáveis pelo acompanhamento, mediante o acesso aos sítios [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br) ou [www.licitacoes.ufsc.br](http://www.licitacoes.ufsc.br), das eventuais republicações e/ou retificações de Edital ou quaisquer outras ocorrências que porventura possam ou não implicar em mudanças nos prazos de apresentação da proposta e da abertura da sessão pública.
- 21.11.** Este Pregão poderá ter a data de abertura da sessão pública transferida por conveniência da UFSC, sem prejuízo do disposto no art. 4º, inciso V, da Lei nº 10.520/02.
- 21.12.** Todo e qualquer esclarecimento pertinente a este Pregão será sanado exclusivamente por meio de endereço eletrônico, nos termos do **item 5.4** deste Edital. Nenhum esclarecimento a respeito do Pregão será prestado por telefone.
- 21.13.** Durante a realização do Pregão, a comunicação com o(a) Pregoeiro(a) dar-se-á exclusivamente por meio do endereço eletrônico indicado no **item 21.18** deste Edital e/ou via chat do sistema eletrônico COMPRASNET, quando for o caso e o momento oportuno.
- 21.14.** O Departamento de Licitações (DPL) desconsiderará todos os e-mails que tratam de atividades sob responsabilidade de outros setores, tais como: envio de notas de empenho, envio de atas de registro de preços, contratos, envio de notas fiscais, pagamentos. Os contatos para tratar destes assuntos devem ser direcionados exclusivamente para o(s) respectivo(s) setor(es) responsável(is).
- 21.15.** Os documentos exigidos neste Edital deverão ser enviados exclusivamente através da opção “Enviar Anexo” do sistema eletrônico COMPRASNET, salvo se indicada pelo(a) Pregoeiro(a) outra forma de envio, o que será definido no chat do referido sistema.
- 21.16.** O(A) Pregoeiro(a) somente solicitará o envio de documentos de maneira diversa à supracitada nos casos de comprovada inviabilidade ou dificuldade de envio ou recebimento da documentação pelo endereço eletrônico indicado neste Edital e/ou pelo sistema eletrônico COMPRASNET.
- 21.17.** Não serão considerados os documentos enviados por meio diverso ao solicitado pelo(a) Pregoeiro(a).



- 21.18.** O endereço eletrônico que deve ser utilizado para comunicação com o(a) **Pregoeiro(a) Meryellem Yokoyama Neves**, bem como para todos os fins indicados neste Edital, **com a devida menção ao número deste Pregão**, é o: **licitacoes.dpl@contato.ufsc.br**.
- 21.19.** Este Pregão poderá ter a data de abertura da sessão pública transferida por conveniência da UFSC, sem prejuízo do disposto no art. 4º, inciso V, da Lei nº 10.520/02.
- 21.20.** O Edital e seus Anexos serão disponibilizados gratuitamente na íntegra, em arquivo digital, na página **www.licitacoes.ufsc.br**.
- 21.21.** **Os licitantes e demais interessados poderão ter vistas e solicitar arquivos digitais relativos a processos que estiverem em tramitação ou em execução no DPL, desde que respeitando as disposições contidas no sítio www.licitacoes.ufsc.br e as seguintes orientações gerais:**
- a) Por meio de requerimento formal elaborado pelo interessado, devidamente assinado e contemplando a identificação do requerente, e, no caso de representante de pessoa jurídica, juntamente com documentos que possam credenciá-lo a tal representação (por exemplo, procuração ou documentação de constituição da empresa ou aqueles equivalentes, junto ao documento de identificação de quem assinou o requerimento).
  - b) O requerimento deve ser encaminhado ao DPL exclusivamente pelo e-mail **licitacoes.dpl@contato.ufsc.br**, identificando no assunto o número do certame de que deseja obter vistas.
  - c) Solicitações encaminhadas após o horário de atendimento externo do DPL, constante do sítio **www.licitacoes.ufsc.br**, terão a contagem do prazo para atendimento iniciada no próximo dia útil vigente, respeitando os horários do Departamento.
  - d) O DPL não fornecerá cópias (xerox) dos autos do processo, de modo a primar pelos preceitos da sustentabilidade e da otimização do recurso público.
  - e) As vistas solicitadas serão disponibilizadas **exclusivamente** no sítio **www.licitacoes.ufsc.br**, no prazo **de até 4 (quatro) horas úteis** após o recebimento da solicitação devidamente instruída de acordo com o estabelecido neste Edital.
  - f) O DPL ou quaisquer de suas comissões não se responsabilizarão pelo desconhecimento dos licitantes em relação aos documentos disponibilizados na forma de vistas junto ao referido sítio, e, ainda, não serão consideradas alegações de desconhecimento ou problemas de acesso, cabendo ao licitante interessado monitorar a disponibilização dos documentos no sítio anteriormente indicado, que registrará, inclusive, o horário da postagem como modo de primarmos pela transparência dos atos.
  - g) Não serão encaminhadas vistas por e-mail aos interessados, independentemente de quaisquer alegações.
- 21.22.** O período de tramitação e execução dos procedimentos licitatórios no DPL compreende a fase externa dos processos, ou seja, desde a publicação da data de abertura do certame até a publicação do resultado de julgamento homologado.
- 21.22.1.** Os licitantes e demais interessados poderão conferir antecipadamente se o processo licitatório para o qual deseja obter vistas encontra-se no DPL consultando o menu “Agenda de Licitações” disponível no sítio **www.licitacoes.ufsc.br**. O DPL atualiza semanalmente o *status* dos processos que se encontram neste Departamento.
- 21.23.** Solicitações de vistas a processos em tramitação ou execução em outros departamentos ou unidades da UFSC deverão ser direcionadas diretamente aos mesmos, de modo que estes possam atender a

este direito dos licitantes e demais interessados, desde que respeitando as normas e prazos definidos em cada departamento ou unidade, não cabe ao DPL qualquer responsabilidade no tocante a estas solicitações.

- 21.24.** O Foro para solucionar os casos omissos, não regulados expressamente pela lei e por este Edital, será o da Subseção Judiciária de Florianópolis (Seção Judiciária de Santa Catarina) - Justiça Federal.

## **22. DOS ANEXOS**

- 22.1.** Integram este Edital, para todos os fins e efeitos:

**ANEXO I** - Termo de Referência

**ANEXO II** - Modelo de Ordem de Serviço

**ANEXO III** – Instrumento de Medição de Resultados (IMR)

**ANEXO IV** - Quantitativos de Titulares Vinculados ao Ifc

**ANEXO V** - Quantitativos de Vidas Contrato 010/2014

**ANEXO VI** - Demonstrativo Sinistralidade Média

**ANEXO VII** - Descrição Individualizada Plano Básico

**ANEXO VIII** - Descrição Individualizada Plano Básico Plus

**ANEXO IX** - Descrição Individualizada Plano Tipo 1

**ANEXO X** - Descrição Individualizada Plano Tipo 1 Plus

**ANEXO XI** - Descrição Individualizada Plano Tipo 2

**ANEXO XII** - Descrição Individualizada Plano Tipo 2 Plus

**ANEXO XIII** - Descrição Individualizada Plano Tipo 3

**ANEXO XIV** - Descrição Individualizada Plano Tipo 3 Plus

**ANEXO XV** - Minuta do Termo de Contrato

**Diego Eller Gomes**  
**Diretor do DPL em exercício**

## ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas - PRODEGESP**  
**Departamento de Atenção à Saúde**



Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima – Prédio Biblioteca Central  
Bairro Trindade – Florianópolis/SC – CEP 88.040-900  
CNPJ/MF nº 83.899.526/0001-82

Telefones: (48) 3721-4278

Website: <http://das.prodegesp.ufsc.br> – E-mail: [das.prodegesp@contato.ufsc.br](mailto:das.prodegesp@contato.ufsc.br)



### PRESTAÇÃO DE SERVIÇO CONTÍNUO SEM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA DE MÃO DE OBRA

A **Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC**, por intermédio do Departamento de Atenção à Saúde, face ao disposto no processo supra identificado, torna público que está instaurando licitação, nos termos da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, do Decreto nº 9.507, de 21 de setembro de 2018, do Decreto nº 3.555, de 8 de agosto de 2000, do Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005, bem como, no que couber, das determinações constantes da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas posteriores alterações, da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e suas posteriores alterações, do Decreto nº 8.538, de 6 de outubro de 2015 e suas posteriores alterações, do Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013 e suas posteriores alterações, da Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 5, de 26 de maio de 2017 e suas posteriores alterações, e da Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 7, de 20 de setembro de 2018, na modalidade **PREGÃO**, na forma **ELETRÔNICA**, segundo as condições estabelecidas no Edital do certame e no Termo de Referência que segue.

**PROCESSO Nº 23080.068059/2019-76**

#### 1. OBJETO

1.1. A licitação tem como objeto a **contratação de pessoa jurídica para prestação de serviços de plano privado de assistência à saúde (Lei nº 9.656/98, artigo 1º, I e II) para a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC**, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento.

| Item                | CÓD SIASG | Registro do Plano na ANS | Descrição   | Unid. Medida | Qtd. | Valor Máximo Unitário | Valor Mensal Estimado | Valor Total Anual |
|---------------------|-----------|--------------------------|---|--------------|------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| <b>PLANO BÁSICO</b> |           |                          |   |              |      |                       |                       |                   |
| 001                 | 12920     |                          | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | UN.          | 252  | R\$ 145,99            | R\$ 36.789,48         | R\$ 441.473,76    |
| 002                 | 12920     |                          | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações  | UN.          | 91   | R\$ 177,94            | R\$16.192,54          | R\$ 194.310,48    |

|            |              |  |   |            |            |                   |                       |                         |
|------------|--------------|--|---|------------|------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|
|            |              |  | padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos  |            |            |                   |                       |                         |
| <b>003</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>105</b> | <b>R\$ 208,06</b> | <b>R\$ 21.846,30</b>  | <b>R\$ 262.155,60</b>   |
| <b>004</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>162</b> | <b>R\$ 239,09</b> | <b>R\$ 38.732,58</b>  | <b>R\$ 464.790,96</b>   |
| <b>005</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>181</b> | <b>R\$ 266,53</b> | <b>R\$ 48.241,93</b>  | <b>R\$ 578.903,16</b>   |
| <b>006</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>144</b> | <b>R\$ 297,55</b> | <b>R\$ 42.847,20</b>  | <b>R\$ 514.166,40</b>   |
| <b>007</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>109</b> | <b>R\$ 359,86</b> | <b>R\$ 39.224,74</b>  | <b>R\$ 470.696,88</b>   |
| <b>008</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>155</b> | <b>R\$ 438,70</b> | <b>R\$ 67.998,50</b>  | <b>R\$ 815.982,00</b>   |
| <b>009</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>192</b> | <b>R\$ 571,82</b> | <b>R\$ 109.789,44</b> | <b>R\$ 1.317.473,28</b> |
| <b>010</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>629</b> | <b>R\$ 809,52</b> | <b>R\$ 509.188,08</b> | <b>R\$ 6.110.256,96</b> |

**PLANO BÁSICO PLUS**

|            |              |  |   |            |            |                   |                      |                       |
|------------|--------------|--|---|------------|------------|-------------------|----------------------|-----------------------|
| <b>011</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>283</b> | <b>R\$ 172,63</b> | <b>R\$ 48.854,29</b> | <b>R\$ 586.251,48</b> |
| <b>012</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>82</b>  | <b>R\$ 204,57</b> | <b>R\$ 16.774,74</b> | <b>R\$ 201.296,88</b> |
| <b>013</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>86</b>  | <b>R\$ 234,69</b> | <b>R\$ 20.183,34</b> | <b>R\$ 242.200,08</b> |
| <b>014</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>169</b> | <b>R\$ 265,72</b> | <b>R\$ 44.906,48</b> | <b>R\$ 538.880,16</b> |
| <b>015</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>202</b> | <b>R\$ 293,16</b> | <b>R\$ 59.218,32</b> | <b>R\$ 710.619,84</b> |
| <b>016</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>138</b> | <b>R\$ 324,18</b> | <b>R\$ 44.736,84</b> | <b>R\$ 536.842,08</b> |
| <b>017</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>109</b> | <b>R\$ 386,50</b> | <b>R\$ 42.128,50</b> | <b>R\$ 505.542,00</b> |
| <b>018</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>141</b> | <b>R\$ 465,33</b> | <b>R\$ 65.611,53</b> | <b>R\$ 787.338,36</b> |

|                     |              |  |   |            |            |                   |                       |                         |
|---------------------|--------------|--|---|------------|------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>019</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>184</b> | <b>R\$ 598,46</b> | <b>R\$ 110.116,64</b> | <b>R\$ 1.321.399,68</b> |
| <b>020</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>449</b> | <b>R\$ 836,15</b> | <b>R\$ 375.431,35</b> | <b>R\$ 4.505.176,20</b> |
| <b>PLANO TIPO 1</b> |              |  |   |            |            |                   |                       |                         |
| <b>021</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos  | <b>UN.</b> | <b>364</b> | <b>R\$ 214,86</b> | <b>R\$ 78.209,04</b>  | <b>R\$ 938.508,48</b>   |
| <b>022</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos  | <b>UN.</b> | <b>136</b> | <b>R\$ 251,33</b> | <b>R\$ 34.180,88</b>  | <b>R\$ 410.170,56</b>   |
| <b>023</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos  | <b>UN.</b> | <b>152</b> | <b>R\$ 296,22</b> | <b>R\$ 45.025,44</b>  | <b>R\$ 540.305,28</b>   |
| <b>024</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos  | <b>UN.</b> | <b>192</b> | <b>R\$ 341,83</b> | <b>R\$ 65.631,36</b>  | <b>R\$ 787.576,32</b>   |
| <b>025</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos  | <b>UN.</b> | <b>252</b> | <b>R\$ 397,93</b> | <b>R\$ 100.278,36</b> | <b>R\$ 1.203.340,32</b> |
| <b>026</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos  | <b>UN.</b> | <b>225</b> | <b>R\$ 469,26</b> | <b>R\$ 105.583,50</b> | <b>R\$ 1.267.002,00</b> |

|            |              |  |            |             |                     |                         |                          |
|------------|--------------|--|------------|-------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| <b>027</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>204</b>  | <b>R\$ 571,17</b>   | <b>R\$ 116.518,68</b>   | <b>R\$ 1.398.224,16</b>  |
| <b>028</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>245</b>  | <b>R\$ 743,14</b>   | <b>R\$ 182.069,30</b>   | <b>R\$ 2.184.831,60</b>  |
| <b>029</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>354</b>  | <b>R\$ 948,97</b>   | <b>R\$ 335.935,38</b>   | <b>R\$ 4.031.224,56</b>  |
| <b>030</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>1998</b> | <b>R\$ 1.164,62</b> | <b>R\$ 2.326.910,76</b> | <b>R\$ 27.922.929,12</b> |

**PLANO TIPO 1 PLUS**

|            |              |  |            |            |                   |                      |                         |
|------------|--------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|-------------------------|
| <b>031</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>367</b> | <b>R\$ 241,50</b> | <b>R\$ 88.630,50</b> | <b>R\$ 1.063.566,00</b> |
| <b>032</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>135</b> | <b>R\$ 277,96</b> | <b>R\$ 37.524,60</b> | <b>R\$ 450.295,20</b>   |
| <b>033</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>148</b> | <b>R\$ 322,85</b> | <b>R\$ 47.781,80</b> | <b>R\$ 573.381,60</b>   |
| <b>034</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>227</b> | <b>R\$ 368,46</b> | <b>R\$ 83.640,42</b> | <b>R\$ 1.003.685,04</b> |

|                     |              |  |            |             |                     |                         |                          |
|---------------------|--------------|--|------------|-------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| <b>035</b>          | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>332</b>  | <b>R\$ 424,56</b>   | <b>R\$ 140.953,92</b>   | <b>R\$ 1.691.447,04</b>  |
| <b>036</b>          | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>275</b>  | <b>R\$ 495,89</b>   | <b>R\$ 136.369,75</b>   | <b>R\$ 1.636.437,00</b>  |
| <b>037</b>          | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>197</b>  | <b>R\$ 597,81</b>   | <b>R\$ 117.768,57</b>   | <b>R\$ 1.413.222,84</b>  |
| <b>038</b>          | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>244</b>  | <b>R\$ 769,78</b>   | <b>R\$ 187.826,32</b>   | <b>R\$ 2.253.915,84</b>  |
| <b>039</b>          | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>391</b>  | <b>R\$ 975,60</b>   | <b>R\$ 381.459,60</b>   | <b>R\$ 4.577.515,20</b>  |
| <b>040</b>          | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>1894</b> | <b>R\$ 1.191,25</b> | <b>R\$ 2.256.227,50</b> | <b>R\$ 27.074.730,00</b> |
| <b>PLANO TIPO 2</b> |              |  |            |             |                     |                         |                          |
| <b>041</b>          | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>109</b>  | <b>R\$ 185,42</b>   | <b>R\$ 20.210,78</b>    | <b>R\$ 242.529,36</b>    |
| <b>042</b>          | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>38</b>   | <b>R\$ 233,86</b>   | <b>R\$ 8.886,68</b>     | <b>R\$ 106.640,16</b>    |



|            |              |  |            |            |                     |                       |                         |
|------------|--------------|--|------------|------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>043</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>34</b>  | <b>R\$ 279,10</b>   | <b>R\$ 9.489,40</b>   | <b>R\$ 113.872,80</b>   |
| <b>044</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>60</b>  | <b>R\$ 321,83</b>   | <b>R\$ 19.309,80</b>  | <b>R\$ 231.717,60</b>   |
| <b>045</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>78</b>  | <b>R\$ 358,61</b>   | <b>R\$ 27.971,58</b>  | <b>R\$ 335.658,96</b>   |
| <b>046</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>69</b>  | <b>R\$ 393,75</b>   | <b>R\$ 27.168,75</b>  | <b>R\$ 326.025,00</b>   |
| <b>047</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>60</b>  | <b>R\$ 462,92</b>   | <b>R\$ 27.775,20</b>  | <b>R\$ 333.302,40</b>   |
| <b>048</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>63</b>  | <b>R\$ 558,69</b>   | <b>R\$ 35.197,47</b>  | <b>R\$ 422.369,64</b>   |
| <b>049</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>106</b> | <b>R\$ 742,10</b>   | <b>R\$ 78.662,60</b>  | <b>R\$ 943.951,20</b>   |
| <b>050</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>485</b> | <b>R\$ 1.058,91</b> | <b>R\$ 513.571,35</b> | <b>R\$ 6.162.856,20</b> |

**PLANO TIPO 2 PLUS**

|            |              |  |            |           |                   |                      |                       |
|------------|--------------|--|------------|-----------|-------------------|----------------------|-----------------------|
| <b>051</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>69</b> | <b>R\$ 212,06</b> | <b>R\$ 14.632,14</b> | <b>R\$ 175.585,68</b> |
| <b>052</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>19</b> | <b>R\$ 260,49</b> | <b>R\$ 4.949,31</b>  | <b>R\$ 59.391,72</b>  |
| <b>053</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>29</b> | <b>R\$ 305,74</b> | <b>R\$ 8.866,46</b>  | <b>R\$ 106.397,52</b> |
| <b>054</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>43</b> | <b>R\$ 348,46</b> | <b>R\$ 14.983,78</b> | <b>R\$ 179.805,36</b> |
| <b>055</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>57</b> | <b>R\$ 385,25</b> | <b>R\$ 21.959,25</b> | <b>R\$ 263.511,00</b> |
| <b>056</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>40</b> | <b>R\$ 420,39</b> | <b>R\$ 16.815,60</b> | <b>R\$ 201.787,20</b> |
| <b>057</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>39</b> | <b>R\$ 489,55</b> | <b>R\$ 19.092,45</b> | <b>R\$ 229.109,40</b> |
| <b>058</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>43</b> | <b>R\$ 585,33</b> | <b>R\$ 25.169,19</b> | <b>R\$ 302.030,28</b> |
| <b>059</b> | <b>12920</b> | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações   | <b>UN.</b> | <b>51</b> | <b>R\$ 768,74</b> | <b>R\$ 39.205,74</b> | <b>R\$ 470.468,88</b> |

|                     |              |  |   |            |            |                     |                       |                         |
|---------------------|--------------|--|---|------------|------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|
|                     |              |  | padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos   |            |            |                     |                       |                         |
| <b>060</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais  | <b>UN.</b> | <b>259</b> | <b>R\$ 1.085,54</b> | <b>R\$ 281.154,86</b> | <b>R\$ 3.373.858,32</b> |
| <b>PLANO TIPO 3</b> |              |  |   |            |            |                     |                       |                         |
| <b>061</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>101</b> | <b>R\$ 184,70</b>   | <b>R\$ 18.654,70</b>  | <b>R\$ 223.856,40</b>   |
| <b>062</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>39</b>  | <b>R\$ 225,54</b>   | <b>R\$ 8.796,06</b>   | <b>R\$ 105.552,72</b>   |
| <b>063</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>32</b>  | <b>R\$ 270,40</b>   | <b>R\$ 8.652,80</b>   | <b>R\$ 103.833,60</b>   |
| <b>064</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>58</b>  | <b>R\$ 306,81</b>   | <b>R\$ 17.794,98</b>  | <b>R\$ 213.539,76</b>   |
| <b>065</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>92</b>  | <b>R\$ 345,33</b>   | <b>R\$ 31.770,36</b>  | <b>R\$ 381.244,32</b>   |
| <b>066</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>74</b>  | <b>R\$ 383,93</b>   | <b>R\$ 28.410,82</b>  | <b>R\$ 340.929,84</b>   |
| <b>067</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações  | <b>UN.</b> | <b>46</b>  | <b>R\$ 464,83</b>   | <b>R\$ 21.382,18</b>  | <b>R\$ 256.586,16</b>   |

|                          |              |  |   |            |            |                     |                       |                         |
|--------------------------|--------------|--|---|------------|------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|
|                          |              |  | padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos  |            |            |                     |                       |                         |
| <b>068</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>29</b>  | <b>R\$ 588,21</b>   | <b>R\$ 17.058,09</b>  | <b>R\$ 204.697,08</b>   |
| <b>069</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>58</b>  | <b>R\$ 772,25</b>   | <b>R\$ 44.790,50</b>  | <b>R\$ 537.486,00</b>   |
| <b>070</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>201</b> | <b>R\$ 1.010,55</b> | <b>R\$ 203.120,55</b> | <b>R\$ 2.437.446,60</b> |
| <b>PLANO TIPO 3 PLUS</b> |              |  |   |            |            |                     |                       |                         |
| <b>071</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>72</b>  | <b>R\$ 211,34</b>   | <b>R\$ 15.216,48</b>  | <b>R\$ 182.597,76</b>   |
| <b>072</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>14</b>  | <b>R\$ 252,17</b>   | <b>R\$ 3.530,38</b>   | <b>R\$ 42.364,56</b>    |
| <b>073</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>35</b>  | <b>R\$ 297,03</b>   | <b>R\$ 10.396,05</b>  | <b>R\$ 124.752,60</b>   |
| <b>074</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>113</b> | <b>R\$ 333,44</b>   | <b>R\$ 37.678,72</b>  | <b>R\$ 452.144,64</b>   |
| <b>075</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações  | <b>UN.</b> | <b>110</b> | <b>R\$ 371,97</b>   | <b>R\$ 40.916,70</b>  | <b>R\$ 491.000,40</b>   |

|              |              |  |   |            |            |                     |                       |                           |
|--------------|--------------|--|---|------------|------------|---------------------|-----------------------|---------------------------|
|              |              |  | padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos  |            |            |                     |                       |                           |
| <b>076</b>   | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>43</b>  | <b>R\$ 410,56</b>   | <b>R\$ 17.654,08</b>  | <b>R\$ 211.848,96</b>     |
| <b>077</b>   | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>29</b>  | <b>R\$ 491,47</b>   | <b>R\$ 14.252,63</b>  | <b>R\$ 171.031,56</b>     |
| <b>078</b>   | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>36</b>  | <b>R\$ 614,85</b>   | <b>R\$ 22.134,60</b>  | <b>R\$ 265.615,20</b>     |
| <b>079</b>   | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>35</b>  | <b>R\$ 798,88</b>   | <b>R\$ 27.960,80</b>  | <b>R\$ 335.529,60</b>     |
| <b>080</b>   | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>120</b> | <b>R\$ 1.037,18</b> | <b>R\$ 124.461,60</b> | <b>R\$ 1.493.539,20</b>   |
| <b>TOTAL</b> |              |  |   |            |            |                     |                       | <b>R\$ 126.684.530,04</b> |

**1.2.** A estimativa da despesa para a contratação dos serviços acima relacionados observa o inciso X do art. 40 da Lei nº 8.666/93 e foi estimada em **R\$ 126.684.530,04 (cento e vinte e seis milhões seiscentos e oitenta e quatro mil quinhentos e trinta reais e quatro centavos).**

### **1.3. Agrupamento de Itens:**

**1.3.1.** Os itens 001 a 080 comporão um único lote. O agrupamento dos itens justifica-se pela própria natureza do objeto desta licitação. A contratação de apenas uma empresa possibilita ao beneficiário migrar entre os planos sem ter que aguardar novo período de carência, o que não aconteceria caso os planos fossem oferecidos por organizações distintas. Ademais, é sabido que nesse tipo de serviço, apesar dos beneficiários contribuírem de forma equivalente dentro do mesmo plano e faixa-etária, seus gastos com saúde podem divergir sobremaneira, ocorrendo em períodos e valores não regulares e com frequência ultrapassando em muitas vezes o valor arrecadado. Nesse caso, as contribuições que excedem os custos ajudam a financiar os pagamentos dos beneficiários cujos custos excedem suas contribuições. Por esse motivo, o aumento do número de beneficiários proporcionado pelo controle dos oito planos a serem licitados pela mesma empresa ajuda a manter a saúde financeira do serviço e possibilita a redução dos valores pagos pelos beneficiários, tornando o serviço atrativo a todos que o

utilizam. Bem como despertará maior interesse nos fornecedores em participar do certame em relação a esses itens, estimulando, desse modo, a competitividade.

| <b>ITENS</b>               | <b>Total do Lote Estimado</b> |
|----------------------------|-------------------------------|
| <b>Item 01 ao item 080</b> | <b>R\$ 126.684.530,04</b>     |

#### **1.4. Detalhamento da Especificação:**

**1.4.1.** O objeto constitui-se de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e obstétrica, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, crônicas e internações, compreendendo também assistência odontológica, excetuando-se cobertura para doenças e lesões preexistentes, por rede própria e/ou credenciada, com cobertura estadual e nacional, sem limite de idade, num total estimado em 15.500 (quinze mil e quinhentos) beneficiários, de acordo com as referências mínimas previstas na Portaria Normativa SGRT/MPDG 01/2017.

**1.4.1.1.** Estarão isentos de Cobertura Parcial Temporária (CPT) os beneficiários que ingressarem no plano em até 60 dias a partir da vigência do contrato, conforme cláusula 6.6.1.1.

**1.4.2.** Os Planos de Saúde Suplementar terão mensalidade pré-estabelecida e contemplarão assistência médica ambulatorial e hospitalar, odontológica, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no padrão enfermaria (quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante) ou apartamento (quarto individual, com banheiro privativo, permitindo acompanhante para o paciente), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de abrangência escolhida pelo beneficiário titular através de rede própria, credenciada, referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**1.4.3.** Os Planos são destinados aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes – ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense - IFC (ANEXO IV) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari, 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**1.4.4.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria, credenciada, referenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**1.4.5.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como enfermaria a acomodação hospitalar em quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante, e como apartamento a acomodação hospitalar em quarto individual, com banheiro privativo, que permite acompanhante para o paciente.

**1.4.6.** A Contratada deverá oferecer 8 (oito) tipos de planos, conforme descrição abaixo e que cumpram todos os requisitos da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01, de 09 de março de 2017:

**a) Plano Básico (itens 001 a 010):** tipo de plano de saúde com abrangência **ESTADUAL** (no Estado de Santa Catarina), com acomodações padrão **ENFERMARIA, SEM** assistência odontológica.

**b) Plano Básico Plus (itens 011 a 020):** tipo de plano de saúde com abrangência **ESTADUAL** (no Estado de SC), com acomodações padrão **ENFERMARIA, COM** assistência odontológica.

**c) Plano Tipo 1 (itens 021 a 030):** tipo de plano de saúde com abrangência **NACIONAL**, com acomodações padrão **PRIVATIVO, SEM** assistência odontológica.

**d) Plano Tipo 1 Plus (itens 031 a 040):** tipo de plano de saúde com abrangência **NACIONAL**, com acomodações padrão **PRIVATIVO, COM** assistência odontológica.

**e) Plano Tipo 2 (itens 041 a 050):** tipo de plano de saúde com abrangência **ESTADUAL** (no Estado de SC), com acomodações padrão **PRIVATIVO, SEM** assistência odontológica.

**f) Plano Tipo 2 Plus (itens 051 a 060):** tipo de plano de saúde com abrangência **ESTADUAL** (no Estado de SC), com acomodações padrão **PRIVATIVO, COM** assistência odontológica.

**g) Plano Tipo 3 (itens 061 a 070):** tipo de plano de saúde com abrangência **NACIONAL**, com acomodações padrão **ENFERMARIA, SEM** assistência odontológica.

**h) Plano Tipo 3 Plus (itens 071 a 080):** tipo de plano de saúde com abrangência **NACIONAL**, com acomodações padrão **ENFERMARIA, COM** assistência odontológica.

|  | ABRANGÊNCIA |          | ACOMODAÇÕES |           | ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA |     |
|--|-------------|----------|-------------|-----------|--------------------------|-----|
|  | ESTADUAL    | NACIONAL | ENFERMARIA  | PRIVATIVO | SEM                      | COM |
| <b>Plano Básico (itens 001 a 010)</b>      |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Básico Plus (itens 011 a 020)</b> |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 1 (itens 021 a 030)</b>      |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 1 Plus (itens 031 a 040)</b> |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 2 (itens 041 a 050)</b>      |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 2 Plus (itens 051 a 060)</b> |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 3 (itens 061 a 070)</b>      |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 3 Plus (itens 071 a 080)</b> |             |          |             |           |                          |     |

**1.4.7.** Cada plano será escalonado em 10 (dez) faixas etárias, o que representará 10 (dez) itens por plano, totalizando 80 (oitenta) itens, conforme as faixas abaixo demonstradas:

| Faixa     | Idade                  |
|-----------|------------------------|
| <b>01</b> | <b>De 00 a 18 anos</b> |
| <b>02</b> | <b>De 19 a 23 anos</b> |
| <b>03</b> | <b>De 24 a 28 anos</b> |
| <b>04</b> | <b>De 29 a 33 anos</b> |
| <b>05</b> | <b>De 34 a 38 anos</b> |
| <b>06</b> | <b>De 39 a 43 anos</b> |
| <b>07</b> | <b>De 44 a 48 anos</b> |
| <b>08</b> | <b>De 49 a 53 anos</b> |
| <b>09</b> | <b>De 54 a 58 anos</b> |
| <b>10</b> | <b>59 anos ou mais</b> |

**1.4.8.** Todos os planos terão coparticipação de 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, limitada ao valor de **R\$150,00 (cento e cinquenta reais)** por procedimento.

**1.4.9.** Não será admitida a cobrança de coparticipação nos atendimentos hospitalares.

**1.4.10.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente do tipo de plano escolhido pelo titular (estadual ou nacional) e de acordo com as demais limitações do plano.

**1.4.10.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

**1.4.10.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**1.4.10.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU Nº13/1998 ANS.

**1.4.10.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**1.4.11.** A Contratada observará:

**1.4.11.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**1.4.11.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – Anvisa).

**1.4.11.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**1.4.11.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO**

---

**2.1.** Justifica-se e motiva-se a realização deste Pregão para **CONTRATAÇÃO IMEDIATA** visando atender a necessidade de oferta de planos de saúde aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, bem como aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**2.2.** Os planos de saúde oferecidos pela Universidade Federal de Santa Catarina visam dar sequência à política de assistência suplementar à saúde dos servidores públicos federais, que atualmente abrange cerca de 15.500 pessoas, conforme previsto na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01, de 09 de março de 2017, em seu artigo 2º:

“Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários de que trata o art. 5º desta Portaria Normativa será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e, de forma suplementar, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, mediante:

[...]

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993

[...].”

**2.3.** Destaca-se a importância do plano de saúde para a prevenção, detecção precoce, tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal.

**2.4.** Dadas as especificidades dos serviços de saúde, em que pese o atual volume de pessoas abrangido pela política, a característica de serviço essencial contínuo, a quantidade de beneficiários atualmente em tratamento para as mais diversas enfermidades, o volume de atendimentos no último ano, e também a possibilidade legal, a Universidade Federal de Santa Catarina decide pela contratação do serviço.

**2.5.** Importante ressaltar que o atual contrato (nº 010/2014), proveniente do processo 23080.020990/2013-88, firmado com a empresa Unimed GDE Florianópolis – Cooperativa de Trabalho, vigente até 30/11/2019. Desta maneira, intensifica-se a necessidade de manutenção do serviço através de novo processo licitatório.



**2.6.** Modalidade de Licitação: Pregão eletrônico com **CONTRATAÇÃO IMEDIATA**, obedecendo ao disposto no artigo 1º da Lei nº 10.520/2002.

### **3. CRITÉRIO DE JULGAMENTO**

---

**3.1.** O critério de julgamento das propostas será o menor valor total do lote, conforme tabela constante no presente Termo de Referência.

**3.2.** A licitação será em lote único composto por 080 itens, conforme tabela constante no presente Termo de Referência, devendo oferecer proposta para todos os itens que compõem o lote.

**3.3.** Não serão aceitas propostas com valores superiores, em qualquer dos itens integrantes do lote, ao valor máximo fixado para a contratação de cada item.

**3.4.** A desclassificação e/ou não aceitação de um único item do lote implicará na desclassificação da proposta para todo o lote, ou seja, a proposta somente será aceita se atender aos requisitos para todos os itens que compõem o lote.

**3.5.** Em cumprimento ao disposto no art. 44 e seus parágrafos da Lei Complementar nº 123/06, será assegurada, como critério de desempate, preferência de contratação para microempresas e empresas de pequeno porte. Entende-se por empate aquelas situações em que as propostas apresentadas por essas empresas sejam iguais ou até 5% (cinco por cento) superiores à proposta mais bem classificada.

**3.6.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**3.6.1.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**3.6.1.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**3.6.1.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**3.6.1.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

### **4. CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS**

---

**4.1.** Os serviços a serem contratados enquadram-se nos pressupostos do Decreto nº 9.507/2018, constituindo-se em atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares à área de competência legal do órgão licitante, não englobando serviços que envolvam tomada de decisão ou posicionamento institucional nas áreas de planejamento, coordenação, supervisão e controle considerados estratégicos para o órgão ou a entidade, cuja terceirização possa colocar em risco o controle de processos e de conhecimentos e tecnologias relacionados ao poder de polícia, de regulação, de outorga de serviços públicos e de aplicação de sanção e inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou da entidade, exceto disposição legal em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal.

**4.2.** O objeto desta licitação é caracterizado como **serviço contínuo ou continuado**, pelo Decreto nº 9.507/2018 e pela IN SEGES/MPDG nº 05/2017 e suas posteriores alterações, pela Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 7/2018, pois visa a suprir necessidades permanentes da Administração Pública, por meio da prestação de um serviço não passível de divisão ou segmentação lógica ou razoável em unidades autônomas, nem módulos, nem fases, nem etapas independentes, porém prestado de maneira seguida, ininterrupta e indiferenciada ao longo do tempo, estendendo-se por mais de um exercício financeiro, ou de outro modo posto, à disposição em caráter permanente objetivando, essencialmente, assegurar a continuidade das atividades da Administração, prezando o patrimônio público de forma rotineira e permanente, **sem a dedicação exclusiva de mão de obra**, e como **serviço comum** pelo Decreto nº 5.450/05, pois os padrões de desempenho e qualidade são objetivamente definidos no Edital, por meio de especificações usuais praticadas no mercado.

## **5. REQUISITOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

---

**5.1.** Independentemente de cadastro no SICAF, a comprovação da qualificação técnica, para todos os itens, se dará por meio de:

**5.1.1.** Dado o volume de vidas abrangidas pela política de saúde suplementar (aproximadamente 15 mil beneficiários) estarão aptas a participar as organizações que se enquadrem nas categorias de médio e/ou grande porte segundo as definições do art. 4º da RN nº 392/2015 da Agência Nacional de Saúde.

**5.1.2.** Prova de capacidade técnica da empresa, mediante a apresentação de atestado(s) de capacidade técnica fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que comprove(m) que a empresa executou ou executa serviços de assistência à saúde suplementar, com acesso a possibilidade de inclusão em planos de saúde.

**5.1.3.** Somente serão aceitos atestados expedidos após a conclusão do contrato ou se decorrido, pelo menos, 1 (um) ano do início de sua execução, exceto se firmado para ser executado em prazo inferior.

**5.1.4.** Não serão aceitos Atestados de Capacidade Técnica emitidos pelo próprio licitante.

**5.1.5.** Autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovação de regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização de planos de saúde.

**5.1.6.** Relação atualizada dos médicos e seus respectivos registros no CRM, divididos por especialidade, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou maternidades credenciados, através dos quais pretende executar o serviço de Assistência à Saúde.

**5.1.6.1.** A comprovação do credenciamento dos médicos, dentistas, clínicas, laboratórios e hospitais/maternidades, através dos quais a Contratada pretende executar o Plano de Assistência à Saúde, deverá ser feito no momento da assinatura do Contrato, cuja documentação será analisada por equipe técnica indicada, podendo esta solicitar quantos documentos achar necessários para sanar suas dúvidas.

**5.2.** O licitante disponibilizará, **somente quando solicitado pelo pregoeiro e na forma de diligência**, todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos documentos apresentados na fase de habilitação, encaminhando, dentre outros documentos que possam vir a ser solicitados ao longo da realização do pregão, cópia(s) do(s) contrato(s) que deu(ram) origem ao atestado de capacidade técnica, endereço atual

da Contratante e local em que foram prestados os serviços, bem como quaisquer outros documentos que se façam necessários a fiel e correta análise e julgamento da habilitação.

**5.2.1.** Poderão ser realizadas quantas solicitações forem necessárias neste formato (diligência), até que todas as dúvidas possam ser sanadas pelo pregoeiro e sua equipe de apoio.

**5.2.2.** O não atendimento da(s) diligência(s) no(s) prazo(s) definido(s) pelo Pregoeiro acarretará na inabilitação/desclassificação do licitante.

**5.3.** Em relação aos licitantes que se enquadrem como cooperativas será, ainda, exigida a seguinte documentação:

**5.3.1.** Relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei nº 5.764/71.

**5.3.2.** Declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI.

**5.3.3.** Comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço.

**5.3.4.** Registro previsto no art. 107 da Lei nº 5.764/71.

**5.3.5.** Comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato.

**5.3.6.** Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa:

**5.3.6.1.** Ata de fundação.

**5.3.6.2.** Estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou.

**5.3.6.3.** Regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia.

**5.3.6.4.** Editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias.

**5.3.6.5.** Três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais.

**5.3.6.6.** Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação.

**5.3.7.** A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei nº 5.764/71 ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

## **6. FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

---

### **6.1. DESCRIÇÃO DO PLANO**

**6.1.1.** Os Planos de Saúde Suplementar terão mensalidade pré-estabelecida, definidas por faixas-etárias, e contemplarão assistência médica ambulatorial e hospitalar, odontológica, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no padrão enfermagem (quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante) ou apartamento (quarto individual, com banheiro privativo, permitindo acompanhante para o paciente), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de abrangência escolhida pelo beneficiário titular através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**6.1.2.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**6.1.2.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**6.1.2.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**6.1.2.3.** Inseminação artificial.

**6.1.2.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**6.1.2.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**6.1.2.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**6.1.2.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**6.1.2.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**6.1.2.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**6.1.2.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**6.1.2.11.** Consultas domiciliares.

**6.1.3.** Os Planos são destinados aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**6.1.4.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**6.1.5.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como enfermaria a acomodação hospitalar em quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante, e como apartamento a acomodação hospitalar em quarto individual, com banheiro privativo, que permite acompanhante para o paciente.

**6.1.6.** A Contratada deverá oferecer 8 (oito) tipos de planos, conforme descrição abaixo e que cumpram todos os requisitos da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01, de 09 de março de 2017:

**a) Plano Básico (itens 001 a 010):** tipo de plano de saúde com abrangência **ESTADUAL** (no Estado de Santa Catarina), com acomodações padrão **ENFERMARIA**, **SEM** assistência odontológica.

**b) Plano Básico Plus (itens 011 a 020):** tipo de plano de saúde com abrangência **ESTADUAL** (no Estado de SC), com acomodações padrão **ENFERMARIA**, **COM** assistência odontológica.

**c) Plano Tipo 1 (itens 021 a 030):** tipo de plano de saúde com abrangência **NACIONAL**, com acomodações padrão **PRIVATIVO**, **SEM** assistência odontológica.

**d) Plano Tipo 1 Plus (itens 031 a 040):** tipo de plano de saúde com abrangência **NACIONAL**, com acomodações padrão **PRIVATIVO**, **COM** assistência odontológica.

**e) Plano Tipo 2 (itens 041 a 050):** tipo de plano de saúde com abrangência **ESTADUAL** (no Estado de SC), com acomodações padrão **PRIVATIVO**, **SEM** assistência odontológica.

**f) Plano Tipo 2 Plus (itens 051 a 060):** tipo de plano de saúde com abrangência **ESTADUAL** (no Estado de SC), com acomodações padrão **PRIVATIVO**, **COM** assistência odontológica.

**g) Plano Tipo 3 (itens 061 a 070):** tipo de plano de saúde com abrangência **NACIONAL**, com acomodações padrão **ENFERMARIA, SEM** assistência odontológica.

**h) Plano Tipo 3 Plus (itens 071 a 080):** tipo de plano de saúde com abrangência **NACIONAL**, com acomodações padrão **ENFERMARIA, COM** assistência odontológica.

|  | ABRANGÊNCIA |          | ACOMODAÇÕES |           | ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA |     |
|--|-------------|----------|-------------|-----------|--------------------------|-----|
|  | ESTADUAL    | NACIONAL | ENFERMARIA  | PRIVATIVO | SEM                      | COM |
| <b>Plano Básico (itens 001 a 010)</b>      |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Básico Plus (itens 011 a 020)</b> |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 1 (itens 021 a 030)</b>      |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 1 Plus (itens 031 a 040)</b> |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 2 (itens 041 a 050)</b>      |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 2 Plus (itens 051 a 060)</b> |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 3 (itens 061 a 070)</b>      |             |          |             |           |                          |     |
| <b>Plano Tipo 3 Plus (itens 071 a 080)</b> |             |          |             |           |                          |     |

**6.1.7.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente do tipo de plano escolhido pelo titular (estadual ou nacional).

**6.1.7.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**6.1.7.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**6.1.7.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU Nº13/1998 ANS

**6.1.7.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**6.1.8.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**6.1.9.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| Faixa | Idade           | Valor |
|-------|-----------------|-------|
| 01    | De 00 a 18 anos | R\$   |
| 02    | De 19 a 23 anos | R\$   |
| 03    | De 24 a 28 anos | R\$   |
| 04    | De 29 a 33 anos | R\$   |
| 05    | De 34 a 38 anos | R\$   |
| 06    | De 39 a 43 anos | R\$   |

|           |                        |            |
|-----------|------------------------|------------|
| <b>07</b> | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b> |
| <b>08</b> | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b> |
| <b>09</b> | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b> |
| <b>10</b> | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b> |

**6.1.10.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**6.1.10.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**6.1.10.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**6.1.10.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**6.1.11.** A Contratada observará:

**6.1.11.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**6.1.11.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – ANVISA).

**6.1.11.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**6.1.11.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **6.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**6.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**6.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**6.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

g. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 6.2.6.b.

**6.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**6.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**6.2.5.1.** Caberá à Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**6.2.5.2.** A opção de que trata o item 6.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 6.2.5.1.

**6.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

a. Nos casos enquadrados no item 6.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**6.2.6.** É assegurada a inclusão:

a. Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

b. Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **6.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**6.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**6.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **6.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**6.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência.

**6.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**6.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**6.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**6.4.3.2.** Falecimento.

**6.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**6.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**6.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**6.4.3.6.** Redistribuição.

**6.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**6.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**6.4.3.9.** Por fraude.

**6.4.3.10.** Por inadimplência.

**6.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**6.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**6.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**6.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**6.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**6.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 6.4.4. e 6.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**6.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 6.4.6., os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito à manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenham contribuído para o plano, com o mínimo assegurado de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**a.** Passado o prazo, aplica-se o item 6.4.4.

**6.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**6.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 6.4.7., garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**6.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**6.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

**a.** A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**6.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**6.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente à data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**6.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.



## **6.5. COBERTURA DO PLANO**

**6.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, odontológicos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**6.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**6.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**6.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**6.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**6.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**6.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.

**6.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**6.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**6.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**6.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**6.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**6.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**6.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**6.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**6.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**6.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**6.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**6.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

**a.** As despesas assistenciais com doadores vivos.

- b.** Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c.** O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d.** As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**6.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**6.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**6.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**6.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**6.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**6.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**6.5.4.3.** Inseminação artificial.

**6.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**6.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**6.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**6.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**6.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**6.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**6.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**6.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **6.6. CARÊNCIAS**

**6.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem nos planos de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**6.6.1.1.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**6.6.1.2.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**6.6.1.3.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteados- dos servidores titulares

serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**6.6.1.4.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**6.6.1.5.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b> | 30 dias                  |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias                  |
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias                 |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias                 |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias                 |
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias                 |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias                 |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias                 |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias                 |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias                 |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias                 |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias                 |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias                 |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias                 |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias                 |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias                 |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias                 |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias                 |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b>   | 180 dias                 |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias                 |

**6.6.1.6.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

## **6.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**6.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**6.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**6.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**6.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

## **6.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**6.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**6.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**6.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**6.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

**6.8.4.** Dos critérios de reajuste:

**6.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**6.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**6.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**6.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**6.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75% (setenta e cinco por cento), deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**6.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**6.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

## **6.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**6.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**6.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de **R\$150,00 (cento e cinquenta reais)** por procedimento.

**6.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**6.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

## **6.10. REEMBOLSO**

**6.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, credenciada ou referenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**6.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**6.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**6.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**6.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**6.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**6.10.3.2.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item **Erro! Fonte de referência não encontrada.3.**

## **6.11. REMOÇÃO**

**6.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**6.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**6.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**6.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 6.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **6.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**6.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**6.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**6.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**6.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**6.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**6.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**6.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 6.12.1.

**6.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**6.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à Contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**6.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**6.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**6.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**6.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**6.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**6.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**6.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**6.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**6.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**6.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**6.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**6.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**6.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**6.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**6.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**6.14.14.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## **7. INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O DIMENSIONAMENTO DA PROPOSTA**

---

**7.1.** O contrato atual com a Unimed Grande Florianópolis – Cooperativa de Trabalho possui um total de 15.223 (ver **Erro! Fonte de referência não encontrada.**) beneficiários entre titulares e dependentes. O demonstrativo de sinistralidade média do contrato vigente, no período de Janeiro/2018 a Dezembro/2018 (12 meses), está indicado, com caráter informativo, em tabela anexa a este Termo de Referência, ver **Erro! Fonte de referência não encontrada.** (ANEXO VI). Vale destacar que este contrato possui mensalidades definidas por faixa-única.

**7.2.** O termo de referência da licitação e posterior contrato 010/2014 estipulava que a contratada deveria possuir rede com 1.200 (um mil e duzentos) médicos, observando as especialidades e municípios como segue: todas as especialidades básicas (clínica médica, pediatra, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral), acrescidas de mais 20 (vinte) especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, distribuídas, no mínimo, 80% (oitenta por cento) no município de Florianópolis e São José e 20% (vinte por cento), preferencialmente, nas cidades polos das regiões do Estado de SC.

**7.3.** Consta também, anexo a este Termo de Referência, tabela com o quantitativo de usuários dos planos vigentes no contrato 010/2014, ver **Erro! Fonte de referência não encontrada.** (ANEXO V).

**7.4.** Estima-se uma quantidade aproximada de 15.500 beneficiários, número que pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no Plano de Saúde.

**7.5.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias.

**7.5.1.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**7.5.1.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da

primeira faixa etária.

**7.5.1.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**7.5.1.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

## 8. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

**8.1.** A Contratante utilizará formulário próprio como meio de análise, conforme Instrumento de Medição de Resultados (IMR), em consonância com as diretrizes da IN SEGES/MPDG nº 05/2017 e suas posteriores alterações, para definir e padronizar a avaliação da qualidade dos serviços prestados pela Contratada.

**8.2.** O IMR vinculará o pagamento dos serviços aos resultados alcançados em complemento à mensuração dos serviços efetivamente prestados, não devendo as adequações de pagamento, originadas pelo descumprimento do IMR, ser interpretadas como penalidades ou multas.

**8.3.** O procedimento de avaliação dos serviços será realizado periodicamente pelos fiscais do contrato, com base na Meta a Cumprir, Instrumento de Medição, Forma de Acompanhamento e Periodicidade de cada indicador estabelecido.

**8.4.** Será utilizado como indicador o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) da Agência Nacional de Saúde, e suas respectivas dimensões (elencadas abaixo), cada uma com seu respectivo Mecanismo de Cálculo e respectivas Faixas de Ajustes de Sinistralidade, formando o reajuste total que será aplicado no redimensionamento da sinistralidade do período:

| INDICADOR | MECANISMO DE CÁLCULO  | FAIXAS DE AJUSTES DE SINISTRALIDADE  |
|-----------|---|--|
| 01        | Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS-ANS) – Contratada deverá manter-se em classificação maior ou igual a 0,8. | $0,00 \leq X \leq 0,19$ – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br>$0,20 \leq X \leq 0,39$ - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br>$0,40 \leq X \leq 0,59$ - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br>$0,60 \leq X \leq 0,79$ - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br>$0,80 \leq X \leq 1,00$ – Não há penalidade. |
| 02        | Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS-ANS) – Contratada deverá manter-se em classificação maior ou igual a 0,8.     | $0,00 \leq X \leq 0,19$ – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br>$0,20 \leq X \leq 0,39$ - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br>$0,40 \leq X \leq 0,59$ - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br>$0,60 \leq X \leq 0,79$ - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br>$0,80 \leq X \leq 1,00$ – Não há penalidade. |
| 03        | Dimensão Garantia de Acesso (IDGA-ANS) – Contratada deverá manter-se em classificação maior ou igual a 0,8.               | $0,00 \leq X \leq 0,19$ – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br>$0,20 \leq X \leq 0,39$ - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br>$0,40 \leq X \leq 0,59$ - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br>$0,60 \leq X \leq 0,79$ - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br>$0,80 \leq X \leq 1,00$ – Não há penalidade. |
| 04        | Dimensão Sustentabilidade no Mercado (IDSM-ANS) – Contratada deverá manter-se em classificação maior ou igual a 0,8.      | $0,00 \leq X \leq 0,19$ – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br>$0,20 \leq X \leq 0,39$ - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br>$0,40 \leq X \leq 0,59$ - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br>$0,60 \leq X \leq 0,79$ - diminuição de 0,25% no índice de   |



|    |  |  |
|----|--|--|
|    |  | sinistralidade do período<br>$0,80 \leq X \leq 1,00$ – Não há penalidade.  |
| 05 | Dimensão Gestão de Processos e Regulação (IDGR-ANS) – Contratada deverá manter-se em classificação maior ou igual a 0,8. | $0,00 \leq X \leq 0,19$ – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br>$0,20 \leq X \leq 0,39$ - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br>$0,40 \leq X \leq 0,59$ - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br>$0,60 \leq X \leq 0,79$ - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br>$0,80 \leq X \leq 1,00$ – Não há penalidade. |

**8.5.** A cada publicação anual do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) da Agência Nacional de Saúde, os valores auferidos pela Contratada em cada indicador gerarão um valor de redimensionamento da sinistralidade (ou não) conforme descrito na tabela acima, esses valores serão somados e aplicados como desconto sobre o índice de sinistralidade do período.

**8.6.** Os serviços serão considerados insatisfatórios se a Contratada não ultrapassar o valor de 0,50 no indicador 01 (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS/ANS), ficando a Contratada sujeita as penalidades previstas no item 21 do Edital.

**8.7.** O não atendimento das metas, por ínfima diferença poderá ser objeto apenas de notificação nas primeiras ocorrências, de modo a não comprometer a continuidade da contratação.

**8.8.** A Contratada poderá apresentar justificativa para a prestação dos serviços abaixo do nível de satisfação, que poderá ser aceita pela Contratante, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle da Contratada.

**8.9.** A critério da Contratante, a Contratada poderá ser penalizada com a rescisão contratual nas seguintes condições:

**8.9.1.** Caso o indicador 01 (Índice de Desempenho de Saúde Suplementar – IDSS-ANS) fique limitado à primeira faixa de ajustes de sinistralidade.

**8.9.2.** Caso os indicadores 02, 03, 04 e 05 fiquem limitados à primeira faixa de ajustes de sinistralidade em um mesmo ano de vigência de contrato.

**8.9.3.** Caso quaisquer dos indicadores 02, 03, 04 ou 05 (repetidamente ou não) fiquem limitados à primeira faixa por mais de 5 (cinco) vezes durante a vigência deste contrato, somando-se as prorrogações, se houver.

## **9. INÍCIO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

---

**9.1.** A execução dos serviços será iniciada a partir da data de emissão da Ordem de Serviço – Anexo II do Edital, posteriormente à assinatura do contrato.

## **10. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

---

**10.1.** Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta.

**10.2.** Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

**10.3.** Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção.

**10.4.** Informar à Contratada, mediante solicitação, a situação funcional do beneficiário titular.

**10.5.** Repassar à Contratada os valores previstos relativos à contribuição financeira do Órgão Concedente.

## **11. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

---

**11.1.** Executar os serviços conforme especificado, com a alocação dos empregados necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios indispensáveis, na qualidade e quantidade especificadas, conforme este Termo de Referência e sua proposta.

**11.2.** Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo Fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados.

**11.3.** Manter os empregados nos horários predeterminados pela Administração.

**11.4.** Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, de acordo com os art. 14 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no Edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos.

**11.5.** Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor.

**11.6.** Disponibilizar à Contratante os empregados devidamente uniformizados e identificados por meio de crachá, além de provê-los com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), quando for o caso.

**11.7.** Disponibilizar à Contratante, sempre que esta solicite, a relação nominal dos empregados que adentrarão o órgão para a execução do serviço.

**11.8.** Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas na legislação específica, cuja inadimplência não transfere responsabilidade à Contratante.

**11.9.** Apresentar, quando solicitado pela Contratante, atestado de antecedentes criminais e distribuição cível de toda a mão de obra oferecida para atuar nas instalações do órgão.

**11.10.** Atender às solicitações da Contratante quanto à substituição dos empregados alocados, no prazo fixado pelo Fiscal do contrato, nos casos em que ficar constatado descumprimento das obrigações relativas à execução do serviço, conforme descrito neste Termo de Referência.

**11.11.** Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as normas internas da Contratante.

**11.12.** Instruir seus empregados a respeito das atividades a serem desempenhadas, alertando-os a não executar atividades não abrangidas pelo contrato, devendo a Contratada relatar à Contratante toda e qualquer ocorrência neste sentido, a fim de evitar desvio de função.

**11.13.** Deter instalações, aparelhamento e pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação.

**11.13.1.** Declaração de que mantém ou manterá sede, filial ou escritório no município de Florianópolis ou região metropolitana, a ser comprovado no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contado a partir da vigência do contrato, dispondo de capacidade operacional para receber e solucionar qualquer demanda da Contratante relativa ao objeto, bem como cumprir todos os prazos de atendimento estipulados no Edital e seus Anexos.

**11.14.** Relatar à Contratante toda e qualquer irregularidade verificada no decorrer da prestação dos serviços.

**11.15.** Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de 16 (dezesseis) anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de 14 (quatorze) anos, nem permitir a utilização do trabalho do menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre.

**11.16.** Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

**11.17.** Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato.

**11.18.** Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da licitação, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados nos incisos do § 1º do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

**11.19.** Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante, nos termos do art. 7º do Decreto nº 7.203/2010.

**11.20.** Cadastrar-se junto ao Ministério da Economia a fim de obter rubrica de consignação específica e receber a parte de responsabilidade do órgão concedente, cumprindo todas as exigências que vierem a ser solicitadas por este ministério.

**11.21.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**11.21.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**11.21.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**11.21.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**11.21.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**11.21.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**11.22.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 11.21.

**11.23.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**11.23.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à Contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**11.23.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**11.23.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**11.24.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**11.25.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**11.26.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**11.27.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**11.27.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**11.28.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**11.29.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**11.30.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**11.31.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**11.31.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**11.32.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**11.33.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**11.34.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**11.35.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

**11.36.** Comprovar que possui profissional responsável técnico pela execução dos serviços possui vínculo com a licitante, respeitando o que segue:

**11.36.1.1.** No caso de empregado com vínculo empregatício, o respectivo registro na carteira de trabalho e previdência social, bem como a ficha ou livro de registro de empregados, este último, em conformidade com as normas da Delegacia Regional do Trabalho (DRT).

**11.36.1.2.** No caso de sócio da empresa, o respectivo contrato social da empresa devidamente registrado no órgão competente (Cartório de Títulos e Documentos ou Junta Comercial), para fins de se verificar o vínculo com os responsáveis técnicos indicados na Certidão de Pessoa Jurídica expedida pelo Conselho de Classe.

**11.36.1.3.** No caso de empresário individual titular do estabelecimento ou titular de Empresa Individual de Responsabilidade Limitada – EIRELI, apresentar credenciamento no Conselho Profissional competente autorizando o exercício da profissão.

**11.36.1.4.** No caso de contrato de prestação de serviços técnicos, o contrato devidamente firmado entre as partes, com firma reconhecida e registrado em cartório, para vincular a responsabilidade técnica com os profissionais informados na Certidão de Pessoa Jurídica expedida pelo Conselho de Classe.

## **12. SUBCONTRATAÇÃO**

---

**12.1** É permitida a subcontratação do objeto mediante autorização prévia da Contratante nas condições a seguir:

**12.1.1.** É vedada a sub-rogação completa ou da parcela principal da obrigação.

**12.1.2.** A título meramente exemplificativo é passível de subcontratação o serviço de assistência odontológica.

**12.2.** A subcontratação depende de autorização prévia da Contratante, a quem incumbe avaliar se a subcontratada cumpre os requisitos de qualificação técnica, além da regularidade fiscal e trabalhista, necessários à execução do objeto.

**12.3.** Em qualquer hipótese de subcontratação, permanece a responsabilidade integral da Contratada pela perfeita execução contratual, bem como pela padronização, pela compatibilidade, pelo gerenciamento centralizado e pela qualidade da subcontratação, cabendo-lhe realizar a supervisão e coordenação das atividades da subcontratada, bem como responder perante a Contratante pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto da subcontratação.

**12.4.** As microempresas e/ou empresas de pequeno porte a serem subcontratadas serão indicadas e qualificadas pela licitante melhor classificada juntamente com a descrição dos bens e/ou serviços a serem por elas fornecidos e seus respectivos valores, no caso da hipótese prevista no art. 48, II, da LC 123/2006.

**12.5.** São obrigações adicionais da Contratada, em razão da subcontratação:

**12.5.1.** Apresentar a documentação de regularidade fiscal das microempresas e empresas de pequeno porte subcontratadas, sob pena de rescisão, aplicando-se o prazo para regularização previsto no § 1º do art. 4º do Decreto nº 8.538, de 2015.

**12.5.2.** Substituir a subcontratada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na hipótese de extinção da subcontratação, mantendo o percentual originalmente subcontratado até a sua execução total, notificando a Contratante, sob pena de rescisão, sem prejuízo das sanções cabíveis, ou a demonstrar a inviabilidade da substituição, hipótese em que ficará responsável pela execução da parcela originalmente subcontratada.

**12.6.** Não será aplicável a exigência de subcontratação quando a licitante for qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte.

### **13. ALTERAÇÃO SUBJETIVA**

---

**13.1.** É admissível a fusão, cisão ou incorporação da Contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original, sejam mantidas as demais cláusulas e condições do contrato, não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Contratante à continuidade do contrato.

### **14. CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO**

---

**14.1.** A fiscalização e o acompanhamento da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um ou mais representantes da Contratante, especialmente designados, na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/1993 e dos arts. 10 e 11 do Decreto nº 9.507/2018.

**14.2.** O representante da Contratante deverá ter a experiência necessária para o acompanhamento e controle da execução dos serviços e do contrato.

**14.3.** A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos neste Termo de Referência.

**14.4.** A execução dos contratos deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle, que compreendam a mensuração dos aspectos mencionados no art. 47 e no Anexo V, item 2.6, i, ambos da IN nº 05/2017.

**14.5.** A fiscalização técnica dos contratos avaliará constantemente a execução do objeto e utilizará o Instrumento de Medição de Resultado (IMR), conforme modelo previsto no Anexo III, ou outro instrumento substituto para aferição da qualidade da prestação dos serviços, devendo haver o redimensionamento no pagamento com base nos indicadores estabelecidos, sempre que a Contratada:

**14.5.1.** Não produzir os resultados, deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas ou

**14.5.2.** Deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

**14.6.** A utilização do IMR não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da prestação dos serviços.

**14.7.** Durante a execução do objeto, o fiscal técnico deverá monitorar constantemente o nível de qualidade dos serviços para evitar a sua degeneração, devendo intervir para requerer à Contratada a correção das faltas, falhas e irregularidades constatadas.

**14.8.** O fiscal técnico deverá apresentar ao preposto da Contratada a avaliação da execução do objeto ou, se for o caso, a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.

**14.9.** Em hipótese alguma, será admitido que a própria Contratada materialize a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.

**14.10.** A Contratada poderá apresentar justificativa para a prestação do serviço com menor nível de conformidade, que poderá ser aceita pelo fiscal técnico, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle do prestador.

**14.11.** Na hipótese de comportamento contínuo de desconformidade da prestação do serviço em relação à qualidade exigida, bem como quando esta ultrapassar os níveis mínimos toleráveis previstos nos indicadores, além dos fatores redutores, devem ser aplicadas as sanções à Contratada de acordo com as regras previstas no ato convocatório.

**14.12.** O fiscal técnico poderá realizar avaliação diária, semanal ou mensal, desde que o período escolhido seja suficiente para aferir o desempenho e qualidade da prestação dos serviços.

**14.13.** O fiscal técnico, ao verificar que houve subdimensionamento da produtividade pactuada, sem perda da qualidade na execução do serviço, deverá comunicar à autoridade responsável para que esta promova a adequação contratual à produtividade efetivamente realizada, respeitando-se os limites de alteração dos valores contratuais previstos no § 1º do art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

**14.14.** A conformidade do material a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento da Contratada que contenha sua relação detalhada, de acordo com o estabelecido neste Termo de Referência e na proposta, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como: marca, qualidade e forma de uso.

**14.15.** O representante da Contratante deverá promover o registro das ocorrências verificadas, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais, conforme o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993.

**14.16.** O descumprimento total ou parcial das demais obrigações e responsabilidades assumidas pela Contratada ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas no instrumento convocatório, neste Termo de Referência e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos arts. 77 e 80 da Lei nº 8.666/1993.

**14.17.** A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Contratante ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

**14.18.** A designação dos fiscais e do gestor do contrato dar-se-á mediante portaria ou ato normativo equivalente da administração da Universidade, juntado nos autos após a celebração do ajuste.

## **15. RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO**

---

**15.1.** Os serviços serão recebidos provisoriamente no prazo de 05 (cinco) dias, pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser elaborado relatório circunstanciado, contendo o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato e demais documentos que julgarem necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo.

**15.2.** Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser corrigidos/refeitos/substituídos no prazo fixado pelo fiscal do contrato, às custas da Contratada, sem prejuízo da aplicação de penalidades.

**15.3.** Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 05 (cinco) dias, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço executado e materiais empregados, com a consequente aceitação mediante termo circunstanciado.

**15.3.1.** Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

**15.3.2.** Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período mensal, o fiscal técnico do contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores previstos, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à Contratada, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato (item 4 do Anexo VIII-A da IN nº 05/2017).

**15.4.** O recebimento definitivo, ato que concretiza o ateste da execução dos serviços, será realizado pelo gestor do contrato.

**15.4.1.** O gestor do contrato analisará os relatórios e toda documentação apresentada pela fiscalização técnica e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicará as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à Contratada, por escrito, as respectivas correções.

**15.4.2.** O gestor emitirá termo circunstanciado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentação apresentados, e comunicará a Contratada para que emita a Nota Fiscal ou Fatura com o valor exato dimensionado pela fiscalização com base no Instrumento de Medição de Resultado (IMR), ou instrumento substituto.

**15.5.** O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da Contratada pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

## **16. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

---

**16.1.** Pela inexecução total ou parcial do contrato a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à Contratada as sanções previstas no item 21 do Edital.

## **17. EQUIPE DE APOIO**

---

**17.1.** Membros Titulares: designados pela portaria 495/PROAD/2019 de 21 de agosto de 2019.

---

Nome: **Paulo Eduardo Botelho**  
CPF: **007.692.899-32**  
Telefone: **48 3721-4260**  
E-mail: **paulo.botelho@ufsc.br**

---

Nome: **Andre Luís da Rosa**  
CPF: **074.854.999-47**  
Telefone: **48 3721-2996**  
E-mail: **andre.rosa@ufsc.br**

**17.2.** Membros Suplentes:

---

Nome: **Ulisses Iraí Zilio**  
CPF: **004.595.099-77**

---

Nome: **André Laurindo Costa**  
CPF: **070.815.979-63**

Telefone: 48 3721-42334  
E-mail: [ulisses.zilio@ufsc.br](mailto:ulisses.zilio@ufsc.br)

Telefone: 48 3721-4059  
E-mail: [andre.laurindo@ufsc.br](mailto:andre.laurindo@ufsc.br)

---

Nome: **Christian Kroeff Brusius**  
CPF: **019.269.430-82**  
Telefone: **48 3721-2016**  
E-mail: [christian.b@ufsc.br](mailto:christian.b@ufsc.br)

## **18. ANEXOS**

---

**18.1. Constituem Anexos deste Termo de Referências aqueles relacionados no Edital.**



## ANEXO II – ORDEM DE SERVIÇO

| IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO |                |        |
|-------------------------|----------------|--------|
| Processo nº:            | Contrato nº: / | Nº OS: |
| Unidade requisitante:   |                |        |
| Data de emissão:        | Serviço:       |        |

| IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA |      |         |  |
|-----------------------------|------|---------|--|
| Razão social:               |      | CNPJ:   |  |
| Endereço:                   |      |         |  |
| Telefone:                   | Fax: | E-mail: |  |

| DEFINIÇÃO/ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS |            |            |                    |                  |
|--------------------------------------|------------|------------|--------------------|------------------|
| Serviço                              | Und Medida | Quantidade | Valor Unitário R\$ | Valor Global R\$ |
|                                      |            |            |                    |                  |
|                                      |            |            |                    |                  |
| <b>TOTAL</b>                         |            |            |                    |                  |

| ESTIMATIVA DA QUANTIDADE DE HORAS DEMANDADAS/ REMUNERAÇÃO POR HORAS |              |           |                    |                  |
|---|--------------|-----------|--------------------|------------------|
| Serviço   | Metodologia* | Qtd horas | Valor Unitário R\$ | Valor Global R\$ |
|   |              |           |                    |                  |
|   |              |           |                    |                  |
| <b>TOTAL</b>  |              |           |                    |                  |

\* metodologia utilizada para a sua quantificação estimativa prévia da quantidade de horas demandadas na realização da atividade designada, nos casos em que a única opção viável for a remuneração de serviços por horas trabalhadas.

| CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     |  |
|                                     |  |

| DEMAIS DETALHAMENTOS |
|----------------------|
|                      |

| LOCAL DE REALIZAÇÃO |            |          |                      |
|---------------------|------------|----------|----------------------|
| Nº do item          | Quantidade | Endereço | Data a ser executado |
|                     |            |          |                      |
|                     |            |          |                      |

| RECURSOS FINANCEIROS  |  |
|---|--|
| Os recursos financeiros necessários ao pagamento desta <b>Ordem de Serviço</b> serão originários da classificação funcional programática abaixo especificada: |  |
| <b>Unidade Orçamentária:</b>  |  |
| <b>Função Programática:</b>   |  |
| <b>Projeto de Atividade:</b>  |  |
| <b>Elemento de Despesa:</b>   |  |
| <b>Fonte de Recurso:</b>  |  |
| <b>Saldo Orçamentário:</b>  |  |

| IDENTIFICACAO DOS RESPONSÁVEIS        |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Local, data                           | Local, data                           |
| Responsável pela avaliação do serviço | Responsável pela avaliação do serviço |

**ANEXO III – INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADOS (IMR)**  
**(Avaliação da qualidade dos serviços)**

| <b>INDICADOR Nº 01 – ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – IDSS-ANS - PLANO MÉDICO</b> |  |
|--|--|
| <b>Item</b>  | <b>Descrição</b>   |
| <b>Finalidade</b>  | Prestar o serviço com desempenho adequado às regras da Agência Nacional de Saúde   |
| <b>Meta a cumprir</b>  | IDSS-ANS maior ou igual 0,80   |
| <b>Instrumento de medição</b>  | Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS-ANS   |
| <b>Forma de acompanhamento</b>   | Site da Agência Nacional de Saúde  |
| <b>Periodicidade</b>   | Anual  |
| <b>Mecanismo de Cálculo</b>  | Nota da operadora deverá ser maior ou igual a 0,80   |
| <b>Início da Vigência</b>  | Início da cobertura assistencial   |
| <b>Faixas de ajuste no pagamento</b>   | <p><math>0,00 \leq X \leq 0,19</math> – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,20 \leq X \leq 0,39</math> - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,40 \leq X \leq 0,59</math> - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,60 \leq X \leq 0,79</math> - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,80 \leq X \leq 1,00</math> – Não há ajuste.</p> <p>O resultado de cada índice implicará no estabelecimento de uma porcentagem de ajuste (ou não). Ao final serão somadas as penalizações auferidas em cada item, sendo o resultado deste somatório o percentual total de diminuição do índice de sinistralidade apurado pelo contrato no mesmo período.</p> |

| <b>INDICADOR Nº 02 – ÍNDICE DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE - IDQS-ANS - PLANO MÉDICO</b> |  |
|---|--|
| <b>Item</b>   | <b>Descrição</b>   |
| <b>Finalidade</b>   | Garantir a qualidade na prestação do serviço   |
| <b>Meta a cumprir</b>   | IDQS-ANS maior ou igual 0,80   |
| <b>Instrumento de medição</b>   | Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde - IDQS-ANS   |
| <b>Forma de acompanhamento</b>  | Site da Agência Nacional de Saúde  |
| <b>Periodicidade</b>  | Anual  |
| <b>Mecanismo de Cálculo</b>   | Nota da operadora deverá ser maior ou igual a 0,80   |
| <b>Início da Vigência</b>   | Início da cobertura assistencial   |
| <b>Faixas de ajuste no pagamento</b>  | <p><math>0,00 \leq X \leq 0,19</math> – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,20 \leq X \leq 0,39</math> - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,40 \leq X \leq 0,59</math> - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,60 \leq X \leq 0,79</math> - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,80 \leq X \leq 1,00</math> – Não há ajuste.</p> <p>O resultado de cada índice implicará no estabelecimento de uma porcentagem de ajuste (ou não). Ao final serão somadas as penalizações auferidas em cada item, sendo o resultado deste somatório o percentual total de diminuição do índice de sinistralidade apurado pelo contrato no mesmo período.</p> |

| <b>INDICADOR Nº 03 – ÍNDICE DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO - IDGA-ANS – PLANO MÉDICO</b> |  |
|---|--|
| <b>Item</b>   | <b>Descrição</b>   |
| <b>Finalidade</b>   | Prestar o serviço de forma adequada às regras da Agência Nacional de Saúde |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Meta a cumprir</b>                | IDGA-ANS maior ou igual 0,80   |
| <b>Instrumento de medição</b>        | Dimensão Garantia de Acesso - IDGA-ANS   |
| <b>Forma de acompanhamento</b>       | Site da Agência Nacional de Saúde  |
| <b>Periodicidade</b>                 | Anual  |
| <b>Mecanismo de Cálculo</b>          | Nota da operadora deverá ser maior ou igual a 0,80   |
| <b>Início da Vigência</b>            | Início da cobertura assistencial   |
| <b>Faixas de ajuste no pagamento</b> | <p>0,00 ≤ X &lt; 0,19 – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br/> 0,20 ≤ X &lt; 0,39 - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br/> 0,40 ≤ X &lt; 0,59 - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br/> 0,60 ≤ X &lt; 0,79 - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br/> 0,80 ≤ X &lt; 1,00 – Não há ajuste.</p> <p>O resultado de cada índice implicará no estabelecimento de uma porcentagem de ajuste (ou não). Ao final serão somadas as penalizações auferidas em cada item, sendo o resultado deste somatório o percentual total de diminuição do índice de sinistralidade apurado pelo contrato no mesmo período.</p> |

| <b>INDICADOR Nº 04 – ÍNDICE DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM - ANS – PLANO MÉDICO</b> |  |
|--|--|
| <b>Item</b>  | <b>Descrição</b>   |
| <b>Finalidade</b>  | Garantir a continuidade da prestação do serviço  |
| <b>Meta a cumprir</b>  | IDSM-ANS maior ou igual a 0,8  |
| <b>Instrumento de medição</b>  | Dimensão Sustentabilidade no Mercado – IDSM - ANS  |
| <b>Forma de acompanhamento</b>   | Site da Agência Nacional de Saúde  |
| <b>Periodicidade</b>   | Anual  |
| <b>Mecanismo de Cálculo</b>  | Nota da operadora deverá ser maior ou igual a 0,80   |
| <b>Início da Vigência</b>  | Início da cobertura assistencial   |
| <b>Faixas de ajuste no pagamento</b>   | <p>0,00 ≤ X &lt; 0,19 – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br/> 0,20 ≤ X &lt; 0,39 - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br/> 0,40 ≤ X &lt; 0,59 - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br/> 0,60 ≤ X &lt; 0,79 - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br/> 0,80 ≤ X &lt; 1,00 – Não há ajuste.</p> <p>O resultado de cada índice implicará no estabelecimento de uma porcentagem de ajuste (ou não). Ao final serão somadas as penalizações auferidas em cada item, sendo o resultado deste somatório o percentual total de diminuição do índice de sinistralidade apurado pelo contrato no mesmo período.</p> |

| <b>INDICADOR Nº 05 – ÍNDICE DIMENSÃO GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR - ANS – PLANO MÉDICO</b> |   |
|--|---|
| <b>Item</b>  | <b>Descrição</b>                                      |
| <b>Finalidade</b>  | Garantir a continuidade da prestação do serviço       |
| <b>Meta a cumprir</b>  | IDGR-ANS maior ou igual a 0,8                         |
| <b>Instrumento de medição</b>  | Dimensão Gestão de Processos e Regulação – IDGR - ANS |
| <b>Forma de acompanhamento</b>   | Site da Agência Nacional de Saúde                     |
| <b>Periodicidade</b>   | Anual   |
| <b>Mecanismo de Cálculo</b>  | Nota da operadora deverá ser maior ou igual a 0,80    |
| <b>Início da Vigência</b>  | Início da cobertura assistencial                      |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Faixas de ajuste no pagamento</b></p> | <p> <math>0,00 \leq X \leq 0,19</math> – diminuição de 1,00% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,20 \leq X \leq 0,39</math> - diminuição de 0,75% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,40 \leq X \leq 0,59</math> - diminuição de 0,50% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,60 \leq X \leq 0,79</math> - diminuição de 0,25% no índice de sinistralidade do período<br/> <math>0,80 \leq X \leq 1,00</math> – Não há ajuste. </p> <p>O resultado de cada índice implicará no estabelecimento de uma percentagem de ajuste (ou não). Ao final serão somadas as penalizações auferidas em cada item, sendo o resultado deste somatório o percentual total de diminuição do índice de sinistralidade apurado pelo contrato no mesmo período.</p> |
|---|--|

**ANEXO IV – QUANTITATIVOS DE TITULARES VINCULADOS AO IFC**

| <b>IFC - Araquari</b> |                                   |                      |              |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------|
|                       | <b>Nome</b>                       | <b>Data de Nasc.</b> | <b>Siape</b> |
| 1.                    | ABEL PLONKOSKI                    | 30/07/1971           | 1144723      |
| 2.                    | ADEMIR ARI SCHEUERMANN            | 18/05/1958           | 1159857      |
| 3.                    | ALBERTO ELVINO FRANKE             | 11/03/1960           | 2160139      |
| 4.                    | ALCEU KUNZE                       | 14/02/1971           | 2524633      |
| 5.                    | ANTONIO ALIR DIAS RAITANI JUNIOR  | 26/11/1958           | 1156809      |
| 6.                    | ANELISE DESTEFANI                 | 03/03/1967           | 1518992      |
| 7.                    | CRISTIANE VANESSA TAGLIARI CORREA | 23/12/1973           | 1351550      |
| 8.                    | DEODATO BUSS                      | 13/04/1959           | 1157423      |
| 9.                    | ELEUTERIO JUBANSKI                | 11/04/1971           | 1456541      |
| 10.                   | EMERSON RIVELINO CIDRAL           | 21/07/1974           | 1466771      |
| 11.                   | ERICA PEREZ MARSON BAKO           | 17/05/1974           | 2550598      |
| 12.                   | GUIOMAR MARIA DE LIMA             | 14/07/1955           | 1158736      |
| 13.                   | JOAO JOSE DO AMARAL VIEIRA        | 11/04/1962           | 1160162      |
| 14.                   | JOICE SELEME MOTA                 | 04/10/1968           | 1627189      |
| 15.                   | JOVERCI ANTONIO POCERA            | 13/06/1969           | 1159518      |
| 16.                   | LUCIA MARIA LENTZ                 | 15/03/1960           | 1159855      |
| 17.                   | MARIA DE LOURDES DE MIRA          | 27/10/1967           | 1160252      |
| 18.                   | MAURICIO LEHMANN                  | 14/05/1961           | 1160184      |
| 19.                   | MOACIR SOARES PEREIRA             | 27/12/1963           | 1158835      |
| 20.                   | NILTON JOSE CRISTOFOLINI          | 17/09/1958           | 1159262      |
| 21.                   | ROBERT LENOCH                     | 07/06/1959           | 1159697      |
| 22.                   | RODRIGO MARTINS MONZANI           | 23/05/1980           | 1521174      |
| 23.                   | SERGIO GOMES DELITSCH             | 10/09/1957           | 1159375      |
| 24.                   | SUELI REGINA DE OLIVEIRA          | 16/10/1973           | 2312984      |
| 25.                   | VERA MARIA CARVALHO SILVA SANTOS  | 06/07/1961           | 1159261      |

*Tabela IFC 1*

| <b>IFC - Camboriu</b> |                             |                      |              |
|-----------------------|-----------------------------|----------------------|--------------|
|                       | <b>Nome</b>                 | <b>Data de Nasc.</b> | <b>Siape</b> |
| 1.                    | ADEMIR CECHET               | 17/08/1953           | 1156369      |
| 2.                    | ANA JOAQUINA BRANDE         | 03/03/1953           | 1160169      |
| 3.                    | ANTONIO JOSE PEREIRA        | 13/06/1965           | 3159543      |
| 4.                    | BERNADETE RAMPELOTI SILVA   | 15/04/1959           | 1160338      |
| 5.                    | CRISTALINA YOSHIE YOSHIMURA | 08/09/1971           | 2504842      |
| 6.                    | EDENIR ROGGE                | 14/06/1968           | 1159386      |
| 7.                    | EDIELIS ELEODORO TEIXEIRA   | 10/03/1959           | 1159385      |
| 8.                    | EDISON GARCIA               | 08/03/1949           | 1158372      |
| 9.                    | EDSON JOAO MARIOT           | 21/03/1960           | 1159526      |
| 10.                   | EZIDIA VIEIRA               | 10/11/1958           | 1159142      |

|     |  |            |         |
|-----|--|------------|---------|
| 11. | JOAO CARLOS MORELATTO                      | 13/04/1959 | 1159664 |
| 12. | JOER MARIA SCHVARCZ MULLER                 | 10/07/1965 | 393041  |
| 13. | JOSE DANIEL CAZALE                         | 14/03/1968 | 2169761 |
| 14. | JOSE DOMINGOS PEREIRA                      | 02/12/1962 | 1159388 |
| 15. | JOSE LUIZ UNGERICH                         | 08/11/1948 | 1156645 |
| 16. | JOSE LUIZ UNGERICH JUNIOR                  | 09/09/1976 | 2331436 |
| 17. | JOSETE MARA STAHELIN PEREIRA               | 19/03/1961 | 1189556 |
| 18. | LAIRTON LUIZ ROZZA                         | 22/08/1973 | 2377938 |
| 19. | LEO SERPA                                  | 06/04/1972 | 1098675 |
| 20. | LILIANE KOBARG DA COSTA                    | 27/08/1961 | 1202477 |
| 21. | LUIZ FERNANDO KLUGE                        | 06/05/1963 | 1225815 |
| 22. | LUIZ ALBERTO FERREIRA                      | 03/07/1964 | 1157900 |
| 23. | MARCIA SANTOS DE SOUZA                     | 22/02/1962 | 1176631 |
| 24. | MARIA AMELIA CUNHA PEREIRA                 | 23/12/1965 | 1160145 |
| 25. | MARIA ANGELICA DE MORAES ASSUMPCAO PIMENTA | 24/05/1965 | 1105801 |
| 26. | MARIA DA GLORIA BENVENUTTI TESTONI         | 15/08/1963 | 1158250 |
| 27. | MARIA DA GRACA GARDINI DIAS                | 22/12/1951 | 1158080 |
| 28. | MARIA GORETI ALESSIO CRISPIM               | 17/03/1963 | 1159310 |
| 29. | MARIA OLANDINA MACHADO                     | 10/03/1967 | 2160695 |
| 30. | MARILEIA VANIN                             | 02/03/1961 | 1159663 |
| 31. | MAROUVA FALLGATTER FAQUETI                 | 22/11/1961 | 1200713 |
| 32. | MIRIAM LUCHINA                             | 08/05/1955 | 1157764 |
| 33. | PAULO FERNANDO KUSS                        | 14/01/1977 | 2315707 |
| 34. | SANDRA ROSABEL PEREIRA                     | 01/07/1963 | 1160461 |
| 35. | SERGIO LUIZ DA SILVA                       | 01/05/1959 | 1159141 |
| 36. | SIMONE MARQUES DE ALMEIDA                  | 02/06/1968 | 362724  |
| 37. | VENANCIA PEREIRA MELO                      | 22/01/1959 | 1160148 |
| 38. | WILSON JOSE MORANDI FILHO                  | 31/07/1979 | 1642616 |

Tabela IFC 2

## ANEXO V- QUANTITATIVOS DE VIDAS CONTRATO 010/2014

### 1. Quantitativo de vidas

| Tipo de Plano | Total de vidas | %              |
|---------------|----------------|----------------|
| Básico        | 2020           | 13,22%         |
| Básico Plus   | 1843           | 12,06%         |
| Tipo 1        | 4122           | 26,97%         |
| Tipo 1 Plus   | 4210           | 27,55%         |
| Tipo 2        | 1102           | 7,21%          |
| Tipo 2 Plus   | 649            | 4,25%          |
| Tipo 3        | 730            | 4,78%          |
| Tipo 3 Plus   | 607            | 3,97%          |
| <b>TOTAL</b>  | <b>15283</b>   | <b>100,00%</b> |

*Quantitativo Contrato 010-2014 1*

### 2. Quantitativo de vidas por tipo de plano

| Tipo de Plano   | Básico      |       |
|-----------------|-------------|-------|
| Faixa Etária    | Nº de Vidas | %     |
| 00 a 18 anos    | 252         | 231%  |
| 19 a 23 anos    | 91          | 83%   |
| 24 a 28 anos    | 105         | 96%   |
| 29 a 33 anos    | 162         | 149%  |
| 34 a 38 anos    | 181         | 166%  |
| 39 a 43 anos    | 144         | 132%  |
| 44 a 48 anos    | 109         | 100%  |
| 49 a 53 anos    | 155         | 142%  |
| 54 a 58 anos    | 192         | 176%  |
| 59 anos ou mais | 629         | 577%  |
|                 |             | 1853% |
| <b>TOTAL</b>    | <b>2020</b> |       |

*Quantitativo Contrato 010-2014 2*

| Tipo de Plano | Básico Plus |      |
|---------------|-------------|------|
| Faixa Etária  | Nº de Vidas | %    |
| 00 a 18 anos  | 283         | 116% |
| 19 a 23 anos  | 82          | 33%  |
| 24 a 28 anos  | 86          | 35%  |
| 29 a 33 anos  | 169         | 69%  |
| 34 a 38 anos  | 202         | 82%  |

|                        |             |      |
|------------------------|-------------|------|
| <b>39 a 43 anos</b>    | 138         | 56%  |
| <b>44 a 48 anos</b>    | 109         | 44%  |
| <b>49 a 53 anos</b>    | 141         | 58%  |
| <b>54 a 58 anos</b>    | 184         | 75%  |
| <b>59 anos ou mais</b> | 449         | 183% |
|                        |             | 752% |
| <b>TOTAL</b>           | <b>1843</b> |      |

| <b>Tipo de Plano</b>   | <b>Tipo 1</b>      |          |
|------------------------|--------------------|----------|
| <b>Faixa Etária</b>    | <b>Nº de Vidas</b> | <b>%</b> |
| <b>00 a 18 anos</b>    | 364                | 149%     |
| <b>19 a 23 anos</b>    | 136                | 56%      |
| <b>24 a 28 anos</b>    | 152                | 62%      |
| <b>29 a 33 anos</b>    | 192                | 79%      |
| <b>34 a 38 anos</b>    | 252                | 103%     |
| <b>39 a 43 anos</b>    | 225                | 92%      |
| <b>44 a 48 anos</b>    | 204                | 84%      |
| <b>49 a 53 anos</b>    | 245                | 100%     |
| <b>54 a 58 anos</b>    | 354                | 145%     |
| <b>59 anos ou mais</b> | 1998               | 819%     |
|                        |                    | 1689%    |
| <b>TOTAL</b>           | <b>4122</b>        |          |

| <b>Tipo de Plano</b>   | <b>Tipo 1 Plus</b> |          |
|------------------------|--------------------|----------|
| <b>Faixa Etária</b>    | <b>Nº de Vidas</b> | <b>%</b> |
| <b>00 a 18 anos</b>    | 367                | 9%       |
| <b>19 a 23 anos</b>    | 135                | 3%       |
| <b>24 a 28 anos</b>    | 148                | 4%       |
| <b>29 a 33 anos</b>    | 227                | 5%       |
| <b>34 a 38 anos</b>    | 332                | 8%       |
| <b>39 a 43 anos</b>    | 275                | 7%       |
| <b>44 a 48 anos</b>    | 197                | 5%       |
| <b>49 a 53 anos</b>    | 244                | 6%       |
| <b>54 a 58 anos</b>    | 391                | 9%       |
| <b>59 anos ou mais</b> | 1894               | 45%      |
|                        |                    | 100%     |
| <b>TOTAL</b>           | <b>4210</b>        |          |



| <b>Tipo de Plano</b>   |                    | <b>Tipo 2</b> |  |
|------------------------|--------------------|---------------|--|
| <b>Faixa Etária</b>    | <b>Nº de Vidas</b> | <b>%</b>      |  |
| <b>00 a 18 anos</b>    | 109                | 10%           |  |
| <b>19 a 23 anos</b>    | 38                 | 3%            |  |
| <b>24 a 28 anos</b>    | 34                 | 3%            |  |
| <b>29 a 33 anos</b>    | 60                 | 5%            |  |
| <b>34 a 38 anos</b>    | 78                 | 7%            |  |
| <b>39 a 43 anos</b>    | 69                 | 6%            |  |
| <b>44 a 48 anos</b>    | 60                 | 5%            |  |
| <b>49 a 53 anos</b>    | 63                 | 6%            |  |
| <b>54 a 58 anos</b>    | 106                | 10%           |  |
| <b>59 anos ou mais</b> | 485                | 44%           |  |
|                        |                    | 100%          |  |
| <b>TOTAL</b>           | <b>1102</b>        |               |  |


| <b>Tipo de Plano</b>   |                    | <b>Tipo 2 Plus</b> |  |
|------------------------|--------------------|--------------------|--|
| <b>Faixa Etária</b>    | <b>Nº de Vidas</b> | <b>%</b>           |  |
| <b>00 a 18 anos</b>    | 69                 | 11%                |  |
| <b>19 a 23 anos</b>    | 19                 | 3%                 |  |
| <b>24 a 28 anos</b>    | 29                 | 4%                 |  |
| <b>29 a 33 anos</b>    | 43                 | 7%                 |  |
| <b>34 a 38 anos</b>    | 57                 | 9%                 |  |
| <b>39 a 43 anos</b>    | 40                 | 6%                 |  |
| <b>44 a 48 anos</b>    | 39                 | 6%                 |  |
| <b>49 a 53 anos</b>    | 43                 | 7%                 |  |
| <b>54 a 58 anos</b>    | 51                 | 8%                 |  |
| <b>59 anos ou mais</b> | 259                | 40%                |  |
|                        |                    | 100%               |  |
| <b>TOTAL</b>           | <b>649</b>         |                    |  |

| <b>Tipo de Plano</b>   |                    | <b>Tipo 3</b> |  |
|------------------------|--------------------|---------------|--|
| <b>Faixa Etária</b>    | <b>Nº de Vidas</b> | <b>%</b>      |  |
| <b>00 a 18 anos</b>    | 101                | 14%           |  |
| <b>19 a 23 anos</b>    | 39                 | 5%            |  |
| <b>24 a 28 anos</b>    | 32                 | 4%            |  |
| <b>29 a 33 anos</b>    | 58                 | 8%            |  |
| <b>34 a 38 anos</b>    | 92                 | 13%           |  |
| <b>39 a 43 anos</b>    | 74                 | 10%           |  |
| <b>44 a 48 anos</b>    | 46                 | 6%            |  |
| <b>49 a 53 anos</b>    | 29                 | 4%            |  |
| <b>54 a 58 anos</b>    | 58                 | 8%            |  |
| <b>59 anos ou mais</b> | 201                | 28%           |  |
|                        |                    | 100%          |  |

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>730</b> |
|--------------|------------|

| <b>Tipo de Plano</b>   | <b>Tipo 3 Plus</b> |          |
|------------------------|--------------------|----------|
| <b>Faixa Etária</b>    | <b>Nº de Vidas</b> | <b>%</b> |
| <b>00 a 18 anos</b>    | 72                 | 12%      |
| <b>19 a 23 anos</b>    | 14                 | 2%       |
| <b>24 a 28 anos</b>    | 35                 | 6%       |
| <b>29 a 33 anos</b>    | 113                | 19%      |
| <b>34 a 38 anos</b>    | 110                | 18%      |
| <b>39 a 43 anos</b>    | 43                 | 7%       |
| <b>44 a 48 anos</b>    | 29                 | 5%       |
| <b>49 a 53 anos</b>    | 36                 | 6%       |
| <b>54 a 58 anos</b>    | 35                 | 6%       |
| <b>59 anos ou mais</b> | 120                | 20%      |
|                        |                    | 100%     |
| <b>TOTAL</b>           | <b>607</b>         |          |

## ANEXO VI – DEMONSTRATIVO SINISTRALIDADE MÉDIA

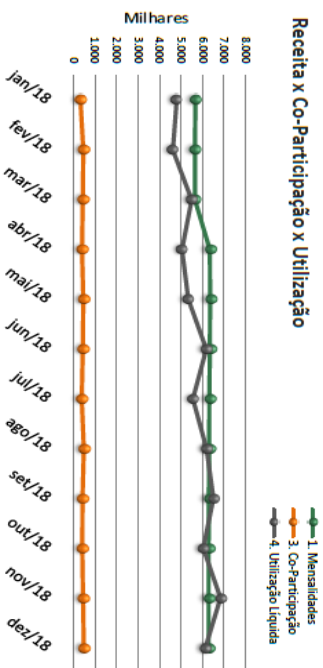
|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <b>Comportamento Financeiro</b> |  |  |
|---------------------------------|--|---|

|           |   |
|-----------|---|
| Conta     | UFSC  |
| Contratos | 139.144.152.154.4246.4247.4248.4249.4250.4251 |
| Data Base | Abril   |

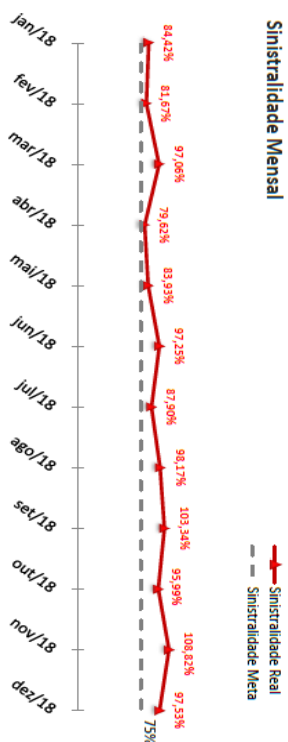
|   |        |
|---|--------|
| Sinistralidade Real                     | 93,09% |
| Reajuste Técnico                        | 24,12% |
| Índice Inflacionário - Não possui dez18 | 0,00%  |
| Reajuste Técnico + Índice Inflac.       | 24,12% |

| Competência     | 1. Mensalidades | 2. Utilização | 3. Co-Participação | 4. Utilização Líquida (= 2. - 3.) | 5. Resultado (= 1.*75% - 4.) | 6. Sinistralidade Real (= 4 / 1) | Número de Beneficiários |
|-----------------|-----------------|---------------|--------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| janeiro/ 2018   | 5.669.744,25    | 5.105.651,11  | 319.380,63         | 4.786.270,48                      | -533.962,29                  | 84,42%                           | 15.462                  |
| fevereiro/ 2018 | 5.651.295,88    | 5.066.440,27  | 451.239,17         | 4.615.201,10                      | -376.729,19                  | 81,67%                           | 15.434                  |
| março/ 2018     | 5.648.694,62    | 5.910.999,24  | 428.633,45         | 5.482.365,79                      | -1.245.844,82                | 97,06%                           | 15.405                  |
| abril/ 2018     | 6.333.106,75    | 5.437.750,24  | 395.344,74         | 5.042.405,50                      | -292.575,44                  | 79,62%                           | 15.408                  |
| maio/ 2018      | 6.347.057,35    | 5.783.693,39  | 456.420,70         | 5.327.272,69                      | -566.979,68                  | 83,93%                           | 15.357                  |
| junho/ 2018     | 6.337.984,91    | 6.595.590,87  | 431.592,75         | 6.163.998,12                      | -1.410.509,44                | 97,25%                           | 15.322                  |
| julho/ 2018     | 6.313.132,96    | 5.928.522,70  | 379.253,70         | 5.549.269,00                      | -814.419,28                  | 87,90%                           | 15.260                  |
| agosto/ 2018    | 6.301.410,76    | 6.661.327,95  | 475.283,69         | 6.186.044,26                      | -1.459.986,19                | 98,17%                           | 15.241                  |
| setembro/ 2018  | 6.290.695,99    | 6.918.461,67  | 417.928,21         | 6.500.533,46                      | -1.782.511,47                | 103,34%                          | 15.224                  |
| outubro/ 2018   | 6.276.462,15    | 6.427.574,93  | 403.081,42         | 6.024.493,51                      | -1.317.146,90                | 95,99%                           | 15.254                  |
| novembro/ 2018  | 6.273.883,08    | 7.288.392,53  | 440.982,50         | 6.827.410,03                      | -2.121.997,72                | 108,82%                          | 15.182                  |
| dezembro/ 2018  | 6.271.828,58    | 6.589.023,29  | 472.099,16         | 6.116.924,13                      | -1.413.052,70                | 97,53%                           | 15.223                  |
|                 | 73.715.297,28   | 73.693.428,19 | 5.071.240,12       | 68.622.188,07                     | -13.335.715,11               | 93,09%                           |                         |

**Receita x Co-Participação x Utilização**



**Sinistralidade Mensal**



## ANEXO VII – DESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA PLANO BÁSICO

### 19. PLANO BÁSICO

---

#### 19.1.1. DESCRIÇÃO DO PLANO

**19.1.2.** O PLANO BÁSICO terá mensalidades pré-estabelecidas, definidas por faixas-etárias, e contemplará assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no **padrão enfermária** (quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de **abrangência Estadual** através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**19.1.3.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**19.1.3.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**19.1.3.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**19.1.3.3.** Inseminação artificial.

**19.1.3.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**19.1.3.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**19.1.3.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**19.1.3.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**19.1.3.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**19.1.3.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**19.1.3.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**19.1.3.11.** Consultas domiciliares.

**19.1.4.** O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**19.1.5.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**19.1.6.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como enfermaria a acomodação hospitalar em quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante.

**19.1.7.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional.

**19.1.7.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**19.1.7.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**19.1.7.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU Nº13/1998 ANS.

**19.1.7.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**19.1.8.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**19.1.9.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**19.1.10.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**19.1.10.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**19.1.10.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**19.1.10.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**19.1.11.** A Contratada observará:

**19.1.11.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**19.1.11.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – Anvisa).

**19.1.11.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**19.1.11.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **19.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**19.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**19.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**19.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

**g.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 19.2.6.b.

**19.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**19.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**19.2.5.1.** Caberá a Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**19.2.5.2.** A opção de que trata o item 19.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 19.2.5.1.

**19.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

**a.** Nos casos enquadrados no item 19.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**19.2.6.** É assegurada a inclusão:

**a.** Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

**b.** Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **19.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**19.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**19.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **19.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**19.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência e anexo.

**19.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**19.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**19.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**19.4.3.2.** Falecimento.

**19.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**19.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**19.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**19.4.3.6.** Redistribuição.

**19.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**19.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**19.4.3.9.** Por fraude.

**19.4.3.10.** Por inadimplência.

**19.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**19.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**19.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**19.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**19.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**19.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 19.4.4. e 19.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**19.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 19.4.6., os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito a manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenham contribuído para o plano, com o mínimo assegurado de seis e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

a. Passado o prazo, aplica-se o item 19.4.4.

**19.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**19.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 19.4.7., garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**19.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**19.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

a. A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**19.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**19.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente à data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**19.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.

## **19.5. COBERTURA DO PLANO**

**19.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**19.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**19.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**19.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**19.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao



parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**19.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**19.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.

**19.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**19.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**19.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**19.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**19.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**19.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**19.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**19.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**19.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**19.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**19.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**19.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**19.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**19.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**19.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos

ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**19.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**19.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**19.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**19.5.4.3.** Inseminação artificial.

**19.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**19.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**19.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**19.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**19.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**19.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**19.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**19.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **19.6. CARÊNCIAS**

**19.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**19.6.2.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**19.6.3.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**19.6.4.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteados- dos servidores titulares serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**19.6.5.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**19.6.6.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma,</b> | 30 dias                  |

|  |          |
|--|----------|
| <b>Eletronecefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b>   |          |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias  |
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias |
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b> | 180 dias |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias |

**19.6.7.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

## **19.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**19.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**19.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**19.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**19.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

## **19.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**19.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**19.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**19.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no

art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**19.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

**19.8.4.** Dos critérios de reajuste:

**19.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**19.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**19.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**19.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**19.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**19.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**19.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

## **19.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**19.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**19.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

**19.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**19.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

## **19.10. REEMBOLSO**

**19.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**19.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**19.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**19.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**19.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**19.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**19.10.3.2.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item 19.10.3.

## **19.11. REMOÇÃO**

**19.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**19.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**19.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**19.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 19.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **19.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**19.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**19.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**19.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**19.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**19.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**19.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**19.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 19.12.1.

**19.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**19.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**19.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**19.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**19.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**19.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**19.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**19.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**19.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**19.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**19.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**19.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**19.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**19.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**19.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**19.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**19.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**19.14.14.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## ANEXO VIII – DESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA PLANO BÁSICO PLUS

### 20. PLANO BÁSICO PLUS

---

#### 20.1.1. DESCRIÇÃO DO PLANO

**20.1.2.** O PLANO BÁSICO PLUS terá mensalidades pré-estabelecidas, definidas por faixas-etárias, e contemplará assistência médica ambulatorial e hospitalar, **odontológica**, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no **padrão enfermaria** (quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de **abrangência Estadual** através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**20.1.3.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**20.1.3.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**20.1.3.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**20.1.3.3.** Inseminação artificial.

**20.1.3.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**20.1.3.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**20.1.3.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**20.1.3.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**20.1.3.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**20.1.3.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**20.1.3.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**20.1.3.11.** Consultas domiciliares.

**20.1.4.** O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**20.1.5.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**20.1.6.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como enfermaria a acomodação hospitalar em quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante.



**20.1.7.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional.

**20.1.7.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**20.1.7.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**20.1.7.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU N°13/1998 ANS.

**20.1.7.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**20.1.8.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**20.1.9.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**20.1.10.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**20.1.10.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**20.1.10.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**20.1.10.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**20.1.11.** A Contratada observará:

**20.1.11.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**20.1.11.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – Anvisa).

**20.1.11.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**20.1.11.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **20.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**20.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**20.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**20.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

**g.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 20.2.6.b.

**20.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**20.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**20.2.5.1.** Caberá a Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**20.2.5.2.** A opção de que trata o item 20.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 20.2.5.1.

**20.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

**a.** Nos casos enquadrados no item 20.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**20.2.6.** É assegurada a inclusão:

**a.** Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a

inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

**b.** Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **20.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**20.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**20.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **20.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**20.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência e anexo.

**20.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**20.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**20.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**20.4.3.2.** Falecimento.

**20.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**20.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**20.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**20.4.3.6.** Redistribuição.

**20.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**20.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**20.4.3.9.** Por fraude.

**20.4.3.10.** Por inadimplência.

**20.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**20.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**20.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**20.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**20.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**20.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 20.4.4. e 20.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**20.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 20.4.6., os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito a manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenham contribuído para o plano, com o mínimo assegurado de seis e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**a.** Passado o prazo, aplica-se o item 20.4.4.

**20.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**20.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 20.4.7. **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**20.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**20.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

**a.** A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**20.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**20.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente à data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**20.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.

## **20.5. COBERTURA DO PLANO**

**20.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, odontológicos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**20.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**20.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**20.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**20.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**20.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e

especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**20.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.

**20.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**20.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**20.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**20.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**20.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**20.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**20.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**20.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**20.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**20.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**20.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**20.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**20.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**20.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**20.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**20.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

- 20.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- 20.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- 20.5.4.3.** Inseminação artificial.
- 20.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- 20.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.
- 20.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
- 20.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- 20.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 20.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 20.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- 20.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **20.6. CARÊNCIAS**

**20.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**20.6.2.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**20.6.3.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**20.6.4.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteados- dos servidores titulares serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**20.6.5.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**20.6.6.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b> | 30 dias                  |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias                  |

|  |          |
|--|----------|
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias |
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b> | 180 dias |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias |

**20.6.7.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

## **20.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**20.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**20.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**20.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**20.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

## **20.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**20.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**20.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**20.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**20.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

**20.8.4.** Dos critérios de reajuste:

**20.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**20.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**20.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**20.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**20.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**20.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**20.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

## **20.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**20.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**20.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

**20.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**20.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

## **20.10. REEMBOLSO**

**20.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território



nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**20.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**20.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**20.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**20.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**20.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**20.10.3.2.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item 20.10.3.

## **20.11. REMOÇÃO**

**20.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**20.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**20.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**20.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 20.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **20.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**20.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**20.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**20.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**20.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**20.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**20.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**20.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 20.12.1 **Erro! Fonte de referência não encontrada.**

**20.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**20.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à Contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**20.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**20.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**20.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**20.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**20.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**20.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**20.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**20.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**20.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**20.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**20.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**20.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**20.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**20.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**20.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**20.14.14.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## ANEXO IX – DESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA PLANO TIPO 1

### 21. PLANO TIPO 1

---

#### 21.1. DESCRIÇÃO DO PLANO

**21.1.1.** O PLANO TIPO 1 terá mensalidades pré-estabelecidas, definidas por faixas-etárias, e contemplarão assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no **padrão apartamento** (quarto individual, com banheiro privativo, permitindo acompanhante para o paciente), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de **abrangência Nacional** através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**21.1.2.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**21.1.2.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**21.1.2.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**21.1.2.3.** Inseminação artificial.

**21.1.2.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**21.1.2.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**21.1.2.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**21.1.2.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**21.1.2.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**21.1.2.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**21.1.2.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**21.1.2.11.** Consultas domiciliares.

**21.1.3.** O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**21.1.4.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**21.1.5.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como apartamento a acomodação hospitalar em quarto individual, com banheiro privativo, que permite acompanhante para o paciente.

**21.1.6.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional.

**21.1.6.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**21.1.6.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**21.1.6.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU Nº13/1998 ANS

**21.1.6.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**21.1.7.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**21.1.8.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**21.1.9.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**21.1.9.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**21.1.9.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**21.1.9.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**21.1.10.** A Contratada observará:

**21.1.10.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**21.1.10.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – ANVISA).

**21.1.10.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**21.1.10.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **21.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**21.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**21.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**21.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

**g.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 21.2.6.b.

**21.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**21.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**21.2.5.1.** Caberá a Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**21.2.5.2.** A opção de que trata o item 21.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 21.2.5.1.

**21.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

**a.** Nos casos enquadrados no item 21.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**21.2.6.** É assegurada a inclusão:

**a.** Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

**b.** Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com

aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **21.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**21.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**21.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **21.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**21.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência e anexo.

**21.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**21.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**21.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**21.4.3.2.** Falecimento.

**21.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**21.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**21.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**21.4.3.6.** Redistribuição.

**21.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**21.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**21.4.3.9.** Por fraude.

**21.4.3.10.** Por inadimplência.

**21.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**21.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**21.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**21.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**21.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**21.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 21.4.4. e 21.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**21.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 21.4.6. **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito a manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de

permanência em que tenham contribuído para o plano, com o mínimo assegurado de seis e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

a. Passado o prazo, aplica-se o item 21.4.4.

**21.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**21.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 21.4.7., garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**21.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**21.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

a. A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**21.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**21.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente à data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**21.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.

## **21.5. COBERTURA DO PLANO**

**21.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**21.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**21.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**21.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**21.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**21.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**21.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de



prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.

**21.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**21.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**21.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**21.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**21.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**21.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**21.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**21.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**21.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**21.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**21.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**21.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**21.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**21.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**21.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**21.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**21.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**21.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**21.5.4.3.** Inseminação artificial.

**21.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**21.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**21.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**21.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**21.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**21.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**21.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**21.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **21.6. CARÊNCIAS**

**21.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**21.6.2.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**21.6.3.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**21.6.4.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteados- dos servidores titulares serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**21.6.5.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**21.6.6.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b> | 30 dias                  |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias                  |
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias                 |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias                 |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias                 |

|  |          |
|--|----------|
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b> | 180 dias |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias |

**21.6.7.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

## **21.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**21.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**21.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**21.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**21.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

## **21.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**21.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**21.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**21.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**21.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

#### **21.8.4. Dos critérios de reajuste:**

**21.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**21.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**21.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12 (doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**21.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**21.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**21.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**21.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12 (doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

### **21.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**21.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**21.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

**21.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**21.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

### **21.10. REEMBOLSO**

**21.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**21.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**21.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**21.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**21.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**21.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**21.10.3.2.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item 21.10.3.

## **21.11. REMOÇÃO**

**21.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**21.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**21.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**21.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 21.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **21.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**21.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**21.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**21.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**21.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**21.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**21.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**21.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 21.12.1.

**21.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**21.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**21.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**21.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**21.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**21.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**21.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**21.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**21.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**21.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**21.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**21.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**21.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**21.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**21.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**21.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**21.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**21.14.14.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## ANEXO X – DESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA PLANO TIPO 1 PLUS

### 22. PLANO TIPO 1 PLUS

---

#### 22.1. DESCRIÇÃO DO PLANO

**22.1.1.** O PLANO TIPO 1 PLUS terá mensalidades pré-estabelecidas, definidas por faixas-etárias, e contemplarão assistência médica ambulatorial e hospitalar, **odontológica**, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no **padrão apartamento** (quarto individual, com banheiro privativo, permitindo acompanhante para o paciente), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de **abrangência Nacional** através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**22.1.2.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**22.1.2.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**22.1.2.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**22.1.2.3.** Inseminação artificial.

**22.1.2.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**22.1.2.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**22.1.2.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**22.1.2.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**22.1.2.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**22.1.2.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**22.1.2.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**22.1.2.11.** Consultas domiciliares.

**22.1.3.** O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**22.1.4.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.



**22.1.5.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como apartamento a acomodação hospitalar em quarto individual, com banheiro privativo, que permite acompanhante para o paciente.

**22.1.6.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional.

**22.1.6.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**22.1.6.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**22.1.6.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU Nº13/1998 ANS

**22.1.6.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**22.1.7.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**22.1.8.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**22.1.9.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**22.1.9.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**22.1.9.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**22.1.9.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**22.1.10.** A Contratada observará:

**22.1.10.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**22.1.10.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – ANVISA).

**22.1.10.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**22.1.10.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **22.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**22.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**22.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**22.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

**g.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 22.2.6.b.

**22.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**22.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**22.2.5.1.** Caberá a Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**22.2.5.2.** A opção de que trata o item 22.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 22.2.5.1.

**22.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

**a.** Nos casos enquadrados no item 22.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**22.2.6.** É assegurada a inclusão:

**a.** Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

**b.** Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **22.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**22.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**22.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **22.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**22.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência e anexo.

**22.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**22.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**22.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**22.4.3.2.** Falecimento.

**22.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**22.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**22.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**22.4.3.6.** Redistribuição.

**22.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**22.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**22.4.3.9.** Por fraude.

**22.4.3.10.** Por inadimplência.

**22.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**22.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**22.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**22.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**22.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**22.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 22.4.4. e 22.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**22.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 22.4.6., os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito a manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenham contribuído para o plano, com o mínimo assegurado de seis e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

a. Passado o prazo, aplica-se o item 22.4.4.

**22.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**22.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 22.4.7., garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**22.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**22.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

a. A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**22.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**22.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente à data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**22.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.

## **22.5. COBERTURA DO PLANO**

**22.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, odontológicos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**22.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**22.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**22.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**22.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao

parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**22.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**22.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.

**22.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**22.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**22.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**22.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**22.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**22.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**22.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**22.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**22.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**22.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**22.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**22.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**22.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**22.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**22.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos

ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**22.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

- 22.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- 22.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- 22.5.4.3.** Inseminação artificial.
- 22.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- 22.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.
- 22.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
- 22.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- 22.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 22.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 22.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- 22.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **22.6. CARÊNCIAS**

**22.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**22.6.2.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**22.6.3.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**22.6.4.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteados- dos servidores titulares serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**22.6.5.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**22.6.6.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma,</b> | 30 dias                  |

|  |          |
|--|----------|
| <b>Eletronecefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b>   |          |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias  |
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias |
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b> | 180 dias |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias |

**22.6.7.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

## **22.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**22.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**22.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**22.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**22.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

## **22.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**22.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**22.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**22.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no

art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**22.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

**22.8.4.** Dos critérios de reajuste:

**22.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**22.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**22.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**22.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**22.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**22.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**22.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

## **22.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**22.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**22.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

**22.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**22.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

## **22.10. REEMBOLSO**



**22.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**22.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**22.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**22.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**22.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**22.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**22.10.3.2.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item 22.10.3.

## **22.11. REMOÇÃO**

**22.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**22.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**22.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**22.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 22.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **22.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**22.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**22.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**22.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**22.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**22.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**22.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**22.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 21.12.1.

**22.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**22.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**22.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**22.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**22.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**22.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**22.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**22.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**22.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**22.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**22.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**22.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**22.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**22.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**22.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**22.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**22.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**22.15.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## ANEXO XI – DESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA PLANO TIPO 2

### 23. PLANO TIPO 2

---

#### 23.1. DESCRIÇÃO DO PLANO

**23.1.1.** O PLANO TIPO 2 terá mensalidades pré-estabelecidas, definidas por faixas-etárias, e contemplarão assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no **padrão apartamento** (quarto individual, com banheiro privativo, permitindo acompanhante para o paciente), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de **abrangência Estadual** através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**23.1.2.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**23.1.2.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**23.1.2.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**23.1.2.3.** Inseminação artificial.

**23.1.2.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**23.1.2.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**23.1.2.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**23.1.2.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**23.1.2.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**23.1.2.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**23.1.2.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**23.1.2.11.** Consultas domiciliares.

**23.1.3.** O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**23.1.4.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**23.1.5.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como apartamento a acomodação hospitalar em quarto individual, com banheiro privativo, que permite acompanhante para o paciente.

**23.1.6.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional.

**23.1.6.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**23.1.6.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**23.1.6.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU Nº13/1998 ANS

**23.1.6.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**23.1.7.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**23.1.8.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**23.1.9.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**23.1.9.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**23.1.9.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**23.1.9.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**23.1.10.** A Contratada observará:

**23.1.10.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**23.1.10.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – ANVISA).

**23.1.10.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**23.1.10.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **23.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**23.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**23.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**23.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

**g.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 23.2.6.b.

**23.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**23.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**23.2.5.1.** Caberá a Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**23.2.5.2.** A opção de que trata o item 23.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 23.2.5.1.

**23.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

**a.** Nos casos enquadrados no item 23.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**23.2.6.** É assegurada a inclusão:

**a.** Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

**b.** Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com

aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **23.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**23.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**23.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **23.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**23.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência e anexo.

**23.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**23.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**23.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**23.4.3.2.** Falecimento.

**23.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**23.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**23.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**23.4.3.6.** Redistribuição.

**23.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**23.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**23.4.3.9.** Por fraude.

**23.4.3.10.** Por inadimplência.

**23.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**23.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**23.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**23.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**23.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**23.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 23.4.4. e 23.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**23.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 23.4.6., os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito a manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenham contribuído para o

plano, com o mínimo assegurado de seis e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

a. Passado o prazo, aplica-se o item 23.4.4.

**23.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**23.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 23.4.7., garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**23.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**23.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

a. A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**23.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**23.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente à data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**23.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.

## **23.5. COBERTURA DO PLANO**

**23.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**23.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**23.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**23.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**23.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**23.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**23.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.



**23.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**23.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**23.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**23.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**23.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**23.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**23.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**23.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**23.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**23.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**23.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**23.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**23.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**23.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**23.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**23.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**23.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**23.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**23.5.4.3.** Inseminação artificial.

**23.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**23.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**23.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**23.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**23.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**23.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**23.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**23.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **23.6. CARÊNCIAS**

**23.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**23.6.2.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**23.6.3.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**23.6.4.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteados- dos servidores titulares serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**23.6.5.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**23.6.6.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b> | 30 dias                  |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias                  |
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias                 |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias                 |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias                 |

|  |          |
|--|----------|
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b> | 180 dias |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias |

**23.6.7.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

### **23.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**23.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**23.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**23.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**23.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

### **23.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**23.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**23.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**23.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**23.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

#### **23.8.4. Dos critérios de reajuste:**

**23.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**23.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**23.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12 (doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**23.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**23.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**23.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**23.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12 (doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

### **23.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**23.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**23.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

**23.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**23.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

### **23.10. REEMBOLSO**

**23.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**23.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**23.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**23.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**23.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**23.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**23.10.3.2.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item 23.10.3.

## **23.11. REMOÇÃO**

**23.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**23.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**23.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**23.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 23.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **23.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**23.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**23.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**23.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**23.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**23.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**23.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**23.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 23.12.1.

**23.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**23.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**23.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**23.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**23.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**23.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**23.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**23.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**23.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**23.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**23.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**23.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**23.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**23.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**23.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**23.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**23.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**23.14.14.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## ANEXO XII – DESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA PLANO TIPO 2 PLUS

### 24. PLANO TIPO 2 PLUS

---

#### 24.1. DESCRIÇÃO DO PLANO

**24.1.1.** O PLANO TIPO 2 PLUS terá mensalidades pré-estabelecidas, definidas por faixas-etárias, e contemplarão assistência médica ambulatorial e hospitalar, **odontológica**, fisioterapia, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no **padrão apartamento** (quarto individual, com banheiro privativo, permitindo acompanhante para o paciente), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de **abrangência Estadual** através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**24.1.2.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**24.1.2.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**24.1.2.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**24.1.2.3.** Inseminação artificial.

**24.1.2.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**24.1.2.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**24.1.2.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**24.1.2.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**24.1.2.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**24.1.2.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**24.1.2.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**24.1.2.11.** Consultas domiciliares.

**24.1.3.** O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**24.1.4.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**24.1.5.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como apartamento a acomodação hospitalar em quarto individual, com banheiro privativo, que permite acompanhante para o paciente.



**24.1.6.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional.

**24.1.6.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**24.1.6.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**24.1.6.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU N°13/1998 ANS

**24.1.6.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**24.1.7.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**24.1.8.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**24.1.9.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**24.1.9.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**24.1.9.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**24.1.9.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**24.1.10.** A Contratada observará:

**24.1.10.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**24.1.10.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – ANVISA).

**24.1.10.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**24.1.10.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **24.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**24.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**24.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**24.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

**g.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 24.2.6.b.

**24.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**24.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**24.2.5.1.** Caberá a Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**24.2.5.2.** A opção de que trata o item 24.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 24.2.5.1.

**24.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

**a.** Nos casos enquadrados no item 24.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**24.2.6.** É assegurada a inclusão:

**a.** Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

**b.** Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com

aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **24.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**24.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**24.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **24.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**24.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência e anexo.

**24.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**24.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**24.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**24.4.3.2.** Falecimento.

**24.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**24.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**24.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**24.4.3.6.** Redistribuição.

**24.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**24.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**24.4.3.9.** Por fraude.

**24.4.3.10.** Por inadimplência.

**24.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**24.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**24.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**24.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**24.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**24.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 24.4.4. e 24.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**24.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 24.4.6., os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito a manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenham contribuído para o

plano, com o mínimo assegurado de seis e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

a. Passado o prazo, aplica-se o item 24.4.4.

**24.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**24.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 24.4.7., garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**24.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**24.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

a. A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**24.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**24.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente a data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**24.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.

## **24.5. COBERTURA DO PLANO**

**24.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, odontológicos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**24.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**24.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**24.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**24.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**24.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**24.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.

**24.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**24.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**24.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**24.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**24.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**24.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**24.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**24.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**24.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**24.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**24.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**24.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**24.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**24.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**24.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**24.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**24.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**24.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**24.5.4.3.** Inseminação artificial.

**24.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**24.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**24.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**24.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**24.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**24.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**24.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**24.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **24.6. CARÊNCIAS**

**24.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**24.6.2.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**24.6.3.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**24.6.4.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteado- dos servidores titulares serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**24.6.5.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**24.6.6.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b> | 30 dias                  |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias                  |
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias                 |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias                 |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias                 |

|  |          |
|--|----------|
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b> | 180 dias |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias |

**24.6.7.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

#### **24.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**24.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**24.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**24.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**24.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

#### **24.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**24.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**24.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**24.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**24.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

#### **24.8.4. Dos critérios de reajuste:**

**24.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**24.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**24.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12 (doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**24.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**24.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**24.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**24.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12 (doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

### **24.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**24.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**24.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

**24.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**24.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

### **24.10. REEMBOLSO**

**24.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:



**24.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**24.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**24.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**24.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**24.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**24.10.3.2.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item 24.10.3.

## **24.11. REMOÇÃO**

**24.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**24.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**24.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**24.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 24.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **24.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**24.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**24.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**24.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**24.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**24.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**24.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**24.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item **Erro! Fonte de referência não encontrada.**

**24.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**24.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**24.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**24.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**24.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**24.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**24.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**24.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**24.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**24.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**24.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**24.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**24.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**24.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**24.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**24.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**24.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**24.14.14.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## ANEXO XIII – DESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA PLANO TIPO 3

### 25. PLANO TIPO 3

---

#### 25.1.1. DESCRIÇÃO DO PLANO

**25.1.2.** O PLANO TIPO 3 terá mensalidades pré-estabelecidas, definidas por faixas-etárias, e contemplará assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no **padrão enfermária** (quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de **abrangência Nacional** através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**25.1.3.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**25.1.3.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**25.1.3.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**25.1.3.3.** Inseminação artificial.

**25.1.3.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**25.1.3.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**25.1.3.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**25.1.3.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**25.1.3.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**25.1.3.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**25.1.3.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**25.1.3.11.** Consultas domiciliares.

**25.1.4.** O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**25.1.5.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**25.1.6.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como enfermaria a acomodação hospitalar em quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante.

**25.1.7.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional.

**25.1.7.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**25.1.7.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**25.1.7.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU Nº13/1998 ANS

**25.1.7.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**25.1.8.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**25.1.9.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**25.1.10.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**25.1.10.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**25.1.10.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**25.1.10.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**25.1.11.** A Contratada observará:

**25.1.11.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**25.1.11.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – ANVISA).

**25.1.11.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**25.1.11.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **25.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**25.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**25.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**25.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

**g.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 25.2.6.b.

**25.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**25.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**25.2.5.1.** Caberá a Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**25.2.5.2.** A opção de que trata o item 25.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 25.2.5.1.

**25.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

**a.** Nos casos enquadrados no item 25.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**25.2.6.** É assegurada a inclusão:

**a.** Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

**b.** Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **25.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**25.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**25.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **25.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**25.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência e anexo.

**25.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**25.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**25.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**25.4.3.2.** Falecimento.

**25.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**25.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**25.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**25.4.3.6.** Redistribuição.

**25.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**25.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**25.4.3.9.** Por fraude.

**25.4.3.10.** Por inadimplência.

**25.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**25.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**25.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**25.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**25.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**25.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 25.4.4. e 25.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**25.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 25.4.6., os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito a manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenham contribuído para o plano, com o mínimo assegurado de seis e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**a.** Passado o prazo, aplica-se o item 25.4.4.

**25.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**25.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 25.4.7., garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**25.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**25.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

**a.** A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**25.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**25.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente à data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**25.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.

## **25.5. COBERTURA DO PLANO**

**25.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**25.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**25.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**25.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**25.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao



parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**25.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**25.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.

**25.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**25.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**25.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**25.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**25.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**25.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**25.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**25.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**25.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**25.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**25.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**25.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**25.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**25.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**25.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos

ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**25.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**25.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**25.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**25.5.4.3.** Inseminação artificial.

**25.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**25.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**25.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**25.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**25.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**25.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**25.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**25.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **25.6. CARÊNCIAS**

**25.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**25.6.2.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**25.6.3.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**25.6.4.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteados- dos servidores titulares serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**25.6.5.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**25.6.6.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma,</b> | 30 dias                  |

|  |          |
|--|----------|
| <b>Eletronecefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b>   |          |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias  |
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias |
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b> | 180 dias |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias |

**25.6.7.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

## **25.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**25.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**25.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**25.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**25.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

## **25.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**25.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**25.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**25.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no

art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**25.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

**25.8.4.** Dos critérios de reajuste:

**25.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**25.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**25.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**25.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**25.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**25.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**25.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

## **25.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**25.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**25.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

**25.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**25.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

## **25.10. REEMBOLSO**

**25.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**25.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**25.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**25.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**25.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**25.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**25.10.3.2.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item 25.10.3.

## **25.11. REMOÇÃO**

**25.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**25.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**25.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**25.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 25.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **25.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**25.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**25.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**25.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**25.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**25.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**25.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**25.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 25.12.1.

**25.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**25.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**25.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**25.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**25.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**25.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**25.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**25.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**25.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**25.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**25.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**25.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**25.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**25.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**25.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**25.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**25.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**25.14.14.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## ANEXO XIV – DESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA PLANO TIPO 3 PLUS

### 26. PLANO TIPO 3 PLUS

---

#### 26.1.1. DESCRIÇÃO DO PLANO

**26.1.2.** O PLANO TIPO 3 PLUS terá mensalidades pré-estabelecidas, definidas por faixas-etárias, e contemplará assistência médica ambulatorial e hospitalar, **odontológica**, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com acomodações no **padrão enfermaria** (quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante), centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e em consonância com a Lei nº 9.658 de 1998, na área de **abrangência Nacional** através de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada pela Contratada, ou ainda na forma de reembolso.

**26.1.3.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

**26.1.3.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

**26.1.3.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

**26.1.3.3.** Inseminação artificial.

**26.1.3.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

**26.1.3.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.

**26.1.3.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

**26.1.3.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

**26.1.3.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

**26.1.3.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

**26.1.3.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

**26.1.3.11.** Consultas domiciliares.

**26.1.4.** O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos e Docentes - ativos, inativos ou pensionistas - vinculados à UFSC, bem como seus dependentes, aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, bem como os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014 (25 servidores do Campus Araquari e 38 do Campus Camboriú e seus respectivos dependentes atualmente vinculados ao plano).

**26.1.5.** A prestação dos serviços assistenciais tem a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede própria e/ou credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

**26.1.6.** Quanto às acomodações hospitalares oferecidas aos beneficiários, entende-se como enfermaria a acomodação hospitalar em quarto coletivo, com banheiro, sem direito a acompanhante.



**26.1.7.** Os beneficiários terão direito a atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional.

**26.1.7.1.** Entende-se por Emergência os casos em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente.

**26.1.7.2.** Entende-se por Urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.

**26.1.7.3.** Todos os planos contratados devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções de acordo com o art 3º da CONSU Nº13/1998 ANS

**26.1.7.4.** Aplicam-se as demais regras estabelecidas pela ANS desde que versarem ao encontro das estabelecidas neste item.

**26.1.8.** Todos os dependentes ficarão obrigatoriamente vinculados ao plano do servidor titular.

**26.1.9.** O valor da contribuição individual do plano será escalonado em dez faixas etárias, conforme tabela abaixo:

| <b>Faixa</b> | <b>Idade</b>           | <b>Valor</b> |
|--------------|------------------------|--------------|
| <b>01</b>    | <b>De 00 a 18 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>02</b>    | <b>De 19 a 23 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>03</b>    | <b>De 24 a 28 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>04</b>    | <b>De 29 a 33 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>05</b>    | <b>De 34 a 38 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>06</b>    | <b>De 39 a 43 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>07</b>    | <b>De 44 a 48 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>08</b>    | <b>De 49 a 53 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>09</b>    | <b>De 54 a 58 anos</b> | <b>R\$</b>   |
| <b>10</b>    | <b>59 anos ou mais</b> | <b>R\$</b>   |

**26.1.10.** Seus valores serão estabelecidos obedecendo-se o art. 2º da RN nº 63/2003 ANS ou legislação posterior que verse a respeito da matéria:

**26.1.10.1.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

**26.1.10.2.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

**26.1.10.3.** As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

**26.1.11.** A Contratada observará:

**26.1.11.1.** Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT.

**26.1.11.2.** Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC 15/2012 – Anvisa).

**26.1.11.3.** Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução n. 258/2005 – CONAMA e Resolução da Diretoria Colegiada RDC 306/2004 – ANVISA).

**26.1.11.4.** Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.

## **26.2. BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

**26.2.1.** Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares e seus dependentes, sendo o primeiro o responsável financeiro pelo plano de saúde.

**26.2.2.** São considerados titulares para os devidos fins:

**a.** Os servidores ativos, inativos e ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à UFSC ou ainda os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

**b.** Os pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados à UFSC.

**c.** Os servidores do Instituto Federal Catarinense (IFC) atualmente beneficiários do contrato 010/2014, cuja lista nominal será recebida pela Contratada quando da assinatura do contrato.

**26.2.3.** O titular poderá incluir em seu Plano de Saúde:

**a.** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável.

**b.** O companheiro ou companheira de união homo afetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.

**c.** A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou ainda aquela que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente desde que recebedora de pensão alimentícia.

**d.** Os filhos e enteados.

**e.** Netos.

**f.** Os pais, padrastos ou madrastas, avós, atualmente inscritos no contrato 010/2014.

**g.** O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 26.2.6.b.

**26.2.4.** Os pensionistas **não** poderão incluir dependentes no plano de saúde conforme Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017.

**26.2.5.** Em caso de falecimento do servidor titular, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º da Portaria SGRT/MPDG nº 01/2017 poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção individualizada.

**26.2.5.1.** Caberá a Contratante comunicar o falecimento do beneficiário titular à Contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em cronograma.

**26.2.5.2.** A opção de que trata o item 26.2.5. deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 26.2.5.1.

**26.2.5.3.** O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

**a.** Nos casos enquadrados no item 26.2.5.3. não poderá haver inclusão de dependentes.

**26.2.6.** É assegurada a inclusão:

**a.** Dos recém-nascidos - filhos, naturais ou adotivos, enteados e netos - dos servidores titulares, isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a

inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento.

**b.** Dos filhos adotivos (de qualquer idade), e dos menores sob guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após determinação judicial da adoção, guarda ou tutela.

### **26.3. SUBSÍDIO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**26.3.1.** Terão direito ao recebimento de subsídio per capita saúde suplementar titulares e dependentes citados no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, e/ou em normas futuras que venham a regulamentar a questão.

**26.3.2.** Nos casos de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração será também suspenso o pagamento do subsídio per capita saúde suplementar, cabendo ao titular assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

### **26.4. INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO**

**26.4.1.** É **voluntária** a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência e anexo.

**26.4.2.** A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no cronograma de movimentação cadastral posteriormente definido entre as partes, sendo considerada a data de ativação do plano para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

**26.4.3.** As exclusões no Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

**26.4.3.1.** Cancelamento voluntário da inscrição.

**26.4.3.2.** Falecimento.

**26.4.3.3.** Exoneração, demissão ou dispensa do cargo ou emprego.

**26.4.3.4.** Vacância por posse em outro cargo inacumulável.

**26.4.3.5.** Cassação de aposentadoria e disponibilidade.

**26.4.3.6.** Redistribuição.

**26.4.3.7.** Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano.

**26.4.3.8.** Decisão administrativa ou judicial.

**26.4.3.9.** Por fraude.

**26.4.3.10.** Por inadimplência.

**26.4.3.11.** Outras situações previstas na legislação.

**26.4.4.** O Órgão Concedente se obriga a comunicar à Contratada qualquer tipo de evento que implique a perda de direito de qualquer titular do Plano.

**26.4.5.** O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos titulares, sendo exigida a quitação posterior de eventuais débitos de contribuição ou coparticipação.

**26.4.5.1.** A cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo de utilização do serviço.

**26.4.5.2.** Ocorrendo o cancelamento ou exclusão temporária de inscrição do titular, todos os seus dependentes terão a inscrição cancelada ou suspensa.

**26.4.6.** Aos titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados ou demitidos, aplicar-se-á o disposto nos itens 26.4.4. e 26.4.5. no tocante à quitação de eventuais débitos.

**26.4.6.1.** Após a publicação, pela Contratante, dos atos mencionados no item 26.4.6., os beneficiários titulares (e seu grupo familiar) terão direito a manutenção do plano no período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenham contribuído para o plano, com o mínimo assegurado de seis e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**a.** Passado o prazo, aplica-se o item 26.4.4.

**26.4.7.** No caso de afastamento para formação no exterior pela UFSC, AGU-SC ou IFC, o servidor poderá excluir o plano de saúde em sua integridade, não sendo possível manter qualquer dependente durante o período do afastamento, sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de adesão ao plano ocorra até 30 (trinta) dias após a data de término da portaria de afastamento publicada no Diário Oficial da União.

**26.4.8.** Aos beneficiários afastados para formação no exterior na vigência do contrato 010/2014 se aplicará a regra constante no item 26.4.7., garantindo a adesão de todo o grupo familiar vinculado ao referido contrato no momento do afastamento.

**26.4.9.** No caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias corridos, ou outro prazo de que dispuser legislação posterior, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano automaticamente.

**26.4.9.1.** O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano ocorra em até de 30 (trinta) dias após a data da exclusão e comprove a quitação e/ou parcelamento dos débitos.

**a.** A Contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para efetivar a reativação, contados a partir do pedido.

**26.4.9.2.** Transcorrido o prazo de 30 (trinta) dias da exclusão, o beneficiário poderá retornar ao plano a qualquer tempo, desde que quitados e/ou parcelados os débitos anteriores, respeitando o cronograma de movimentação, estando sujeito novamente às carências.

**26.4.10.** Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar do dia subsequente à data do falecimento, sendo a mensalidade calculada **pro rata die**.

**26.4.11.** O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Contratada, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo Órgão Concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do titular e seus dependentes.

## **26.5. COBERTURA DO PLANO**

**26.5.1.** A Contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos, odontológicos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, Lei 9656/1998, assim como a Resolução Normativa nº434/2018 ANS e posteriores alterações.

**26.5.2.** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

**26.5.2.1.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**26.5.2.2.** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

**26.5.3.** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

**26.5.3.1.** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e

especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

**26.5.3.2.** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente.

**26.5.3.3.** Diária de internação hospitalar.

**26.5.3.4.** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

**26.5.3.5.** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

**26.5.3.6.** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico.

**26.5.3.7.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

**26.5.3.8.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais.

**26.5.3.9.** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.

**26.5.3.10.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

**26.5.3.11.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

**26.5.3.12.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

**26.5.3.13.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

**26.5.3.14.** Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos.
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação.
- c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**26.5.3.15.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

**26.5.3.16.** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela Contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Contratada.

**26.5.3.17.** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

**26.5.4.** Aplicam-se as seguintes exclusões de cobertura definidas no art. 13 da RN167/2008 ANS:

- 26.5.4.1.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- 26.5.4.2.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- 26.5.4.3.** Inseminação artificial.
- 26.5.4.4.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- 26.5.4.5.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados.
- 26.5.4.6.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
- 26.5.4.7.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- 26.5.4.8.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 26.5.4.9.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 26.5.4.10.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- 26.5.4.11.** Consultas domiciliares.

## **26.6. CARÊNCIAS**

**26.6.1.** Todos os beneficiários que se inscreverem no plano de saúde cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.

**26.6.2.** Não será exigida qualquer forma de carência ou cobertura parcial temporária se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.

**26.6.3.** É isento de carência ou cobertura parcial temporária o servidor recém-admitido, bem como seus dependentes, se a solicitação de adesão ao plano ocorrer até 60 (sessenta) dias após o seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da Contratante.

**26.6.4.** Os recém-nascidos - filhos (naturais ou adotivos) ou enteado- dos servidores titulares serão isentos do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento do nascimento.

**26.6.5.** O beneficiário que se inscrever na condição de pensionista, no mesmo plano em que foi dependente anteriormente e em até 30 (trinta) dias após o óbito do servidor titular, estará isento de carências ou cobertura parcial temporária.

**26.6.6.** Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, conforme cronograma a ser definido entre as partes será o seguinte:

| <b>Grupos de Procedimentos</b>   | <b>Prazo de Carência</b> |
|--|--------------------------|
| <b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>   | 24 horas                 |
| <b>Consultas Médicas</b>   | 30 dias                  |
| <b>Exames Laboratoriais (exceto de genética), Anatomopatológicos e Citopatológicos, Raio-X Simples e Contrastado, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultrassonografia (exceto obstétrica)</b> | 30 dias                  |
| <b>Consulta e Sessão de Fisioterapia</b>   | 90 dias                  |

|  |          |
|--|----------|
| <b>Acupuntura</b>  | 180 dias |
| <b>Densitometria</b>   | 180 dias |
| <b>Diálise/ Hemodiálise</b>  | 180 dias |
| <b>Ecocardiograma</b>  | 180 dias |
| <b>Endoscopia/Colonoscopia</b>   | 180 dias |
| <b>Espirometria/ Prova de Função Pulmonar</b>  | 180 dias |
| <b>Exames Obstétricos</b>  | 180 dias |
| <b>Exames de Genética</b>  | 180 dias |
| <b>Holter/ Mapa</b>  | 180 dias |
| <b>Laparoscopia/ Litotripsia</b>   | 180 dias |
| <b>Mamografia</b>  | 180 dias |
| <b>Medicina Nuclear/ Medicina Transfusional</b>  | 180 dias |
| <b>Radioterapia/Quimioterapia</b>  | 180 dias |
| <b>Teste Ergométrico</b>   | 180 dias |
| <b>Transplantes</b>  | 180 dias |
| <b>Parto a Termo</b>   | 300 dias |
| <b>Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta</b> | 180 dias |
| <b>Todas as demais coberturas</b>  | 180 dias |

**26.6.7.** Quando houver exclusão voluntária do Plano de Saúde e posterior reinclusão (decorridos mais de 30 (trinta) dias da exclusão), o beneficiário estará sujeito novamente às carências.

## **26.7. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

**26.7.1.** A parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente para custeio do Plano de Saúde será mensal por beneficiário devidamente cadastrado no SIAPE, observando-se o disposto no art. 5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017 e os valores da Portaria Normativa MPDG nº. 8/2016, ou novo regulamento que vier a substituí-las e/ou alterá-las.

**26.7.2.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente diz respeito à contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, que tem como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, e seus dependentes, definidos na Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017.

**26.7.3.** O valor da contribuição financeira do Órgão Concedente será creditado em favor do servidor titular do plano de saúde, para si e seus dependentes, em rubrica específica na folha de pagamento.

**26.7.4.** O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério da Economia.

## **26.8. PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

**26.8.1.** O servidor titular será o responsável financeiro pelo Plano de Saúde, responsabilizando-se integralmente pelo pagamento da respectiva parcela de contribuição financeira de todos os beneficiários (titular e dependentes, se houver).

**26.8.2.** O valor da parcela de contribuição financeira mensal dos titulares destinada exclusivamente para custeio do plano para si e seus dependentes corresponderá ao valor estipulado na proposta comercial para o tipo de plano escolhido somada ao valor da contribuição de seus respectivos dependentes, deduzida a parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação em boleto bancário, com vencimento para o 15º dia subsequente à competência a que se refere.

**26.8.3.** Os titulares deverão arcar com a contribuição integral daqueles dependentes não citados no art.5º da Portaria Normativa SGRT/MPDG nº 01/2017, ou normativa posterior que regulamente a matéria.

**26.8.3.1.** A contribuição desses será individual, ou seja, não terão direito à contribuição financeira do órgão.

**26.8.4.** Dos critérios de reajuste:

**26.8.4.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**26.8.4.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**26.8.4.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**26.8.4.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**26.8.4.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75%, deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**26.8.4.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**26.8.4.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

## **26.9. COPARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

**26.9.1.** Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes, que serão cobrados pela Contratada, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança.

**26.9.2.** O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% (vinte por cento) do valor da Tabela Referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente, até o valor máximo de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento.

**26.9.3.** Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando o procedimento for realizado durante a internação hospitalar.

**26.9.4.** Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando à tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.

## **26.10. REEMBOLSO**

**26.10.1.** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território



nacional ao beneficiário do plano quando não for possível a utilização de serviços na rede própria, contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

**26.10.1.1.** O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, mas não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.

**26.10.1.2.** Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.

**26.10.1.3.** Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

**26.10.2.** Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

**26.10.3.** O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação da documentação adequada:

**a.** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.

**b.** Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

**d.** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

**26.10.4.** Todos os documentos deverão ser entregues em via original e, em caso de reembolso parcial, serão posteriormente devolvidos, no prazo de 30 dias contados da data do pagamento a que se refere o item 26.10.3.

## **26.11. REMOÇÃO**

**26.11.1.** A remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), se comprovadamente necessária, estará garantida, desde que dentro dos limites de abrangência geográfica do Plano.

**26.11.2.** Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

**26.11.2.2.** A Contratada deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

**26.11.2.3.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 26.11.2.2., a Contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **26.12. OPERACIONALIZAÇÃO**

**26.12.1.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**26.12.1.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**26.12.1.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**26.12.1.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**26.12.1.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**26.12.1.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**26.13.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 26.12.1.

**26.14.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**26.14.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**26.14.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**26.14.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**26.14.3.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**26.14.4.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**26.14.5.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**26.14.6.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

**26.14.6.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.

**26.14.7.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.

**26.14.8.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.

**26.14.9.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.

**26.14.10.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.

**26.14.10.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.

**26.14.11.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo

detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.

**26.14.12.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.

**26.14.13.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.

**26.14.14.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.

## ANEXO XV - MINUTA DO TERMO DE EDITAL



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**Pró-Reitoria de Administração - PROAD**  
**Departamento de Projetos, Contratos e Convênios - DPC**  
Av. Desembargador Vitor Lima, nº 222, 8º andar, Prédio da Reitoria 2  
Bairro Trindade – Florianópolis/SC – CEP 88.040-400  
CNPJ/MF nº 83.899.526/0001-82



---

### TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE FAZEM ENTRE SI A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA E A EMPRESA \_\_\_\_\_

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), autarquia educacional criada e integrada ao Ministério da Educação (MEC) pela Lei nº 3.849, de 18/12/1960, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 83.899.526/0001-82, com sede no Campus Universitário, Bairro Trindade, nesta Capital, representada pelo Pró-Reitor de Administração, Sr. Jair Napoleão Filho, CPF nº 342.374.379-49, doravante denominada CONTRATANTE, e a empresa ....., inscrita no CNPJ/MF sob o nº ....., sediada na ....., em ..... doravante designada CONTRATADA, neste ato representada pelo(a) Sr.(a) ....., portador(a) da Carteira de Identidade nº ....., expedida pela (o) ....., e CPF nº ....., tendo em vista o que consta no **Processo nº 23080.068059/2019-76** e em observância às disposições nos termos da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, no Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997 e, após a sua ab-rogação, pelo Decreto nº 9.507, de 21 de setembro de 2018, do Decreto nº 3.555, de 8 de agosto de 2000, do Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005, bem como, no que couber, das determinações constantes da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas posteriores alterações, da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e suas posteriores alterações, do Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013 e suas posteriores alterações, do Decreto nº 8.538, de 6 de outubro de 2015 e suas posteriores alterações, e da Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 5, de 26 de maio de 2017 e suas posteriores alterações, e da Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 7, de 20 de setembro de 2018, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, decorrente do **Pregão nº ...../20....**, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

#### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

**1.1.** O objeto do presente instrumento é a **contratação de pessoa jurídica para prestação de serviços de plano privado de assistência à saúde (Lei nº 9.656/98, artigo 1º, I e II) para a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC**, conforme condições estabelecidas no Termo de Referência, anexo do Edital.

**1.2.** Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e à proposta vencedora, independentemente de transcrição.

**1.3.** Objeto da contratação:

| Item                | CÓD SIASG | Registro do Plano na ANS | Descrição   | Unid. Medida | Qtd. | Valor Máximo Unitário | Valor Mensal Estimado | Valor Total Anual |
|---------------------|-----------|--------------------------|---|--------------|------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| <b>PLANO BÁSICO</b> |           |                          |   |              |      |                       |                       |                   |
| 001                 | 12920     |                          | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | UN.          | 252  |                       |                       |                   |
| 002                 | 12920     |                          | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | UN.          | 91   |                       |                       |                   |
| 003                 | 12920     |                          | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | UN.          | 105  |                       |                       |                   |
| 004                 | 12920     |                          | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 29 a 33      | UN.          | 162  |                       |                       |                   |

|            |              |  |   |            |            |  |  |  |
|------------|--------------|--|---|------------|------------|--|--|--|
|            |              |  | anos  |            |            |  |  |  |
| <b>005</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>181</b> |  |  |  |
| <b>006</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>144</b> |  |  |  |
| <b>007</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>109</b> |  |  |  |
| <b>008</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>155</b> |  |  |  |

|                          |              |  |   |            |            |  |  |  |
|--------------------------|--------------|--|---|------------|------------|--|--|--|
| <b>009</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>192</b> |  |  |  |
| <b>010</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>629</b> |  |  |  |
| <b>PLANO BÁSICO PLUS</b> |              |  |   |            |            |  |  |  |
| <b>011</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>283</b> |  |  |  |
| <b>012</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>82</b>  |  |  |  |

|            |              |  |   |            |            |  |  |  |
|------------|--------------|--|---|------------|------------|--|--|--|
| <b>013</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>86</b>  |  |  |  |
| <b>014</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>169</b> |  |  |  |
| <b>015</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>202</b> |  |  |  |
| <b>016</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>138</b> |  |  |  |
| <b>017</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão   | <b>UN.</b> | <b>109</b> |  |  |  |



|                     |              |  |   |            |            |  |  |  |
|---------------------|--------------|--|---|------------|------------|--|--|--|
|                     |              |  | enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos   |            |            |  |  |  |
| <b>018</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>141</b> |  |  |  |
| <b>019</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>184</b> |  |  |  |
| <b>020</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>449</b> |  |  |  |
| <b>PLANO TIPO 1</b> |              |  |   |            |            |  |  |  |
| <b>021</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência  | <b>UN.</b> | <b>364</b> |  |  |  |

|            |              |  |  |            |            |  |  |  |
|------------|--------------|--|--|------------|------------|--|--|--|
|            |              |  | odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos  |            |            |  |  |  |
| <b>022</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>136</b> |  |  |  |
| <b>023</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>152</b> |  |  |  |
| <b>024</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>192</b> |  |  |  |
| <b>025</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>252</b> |  |  |  |

|            |              |  |  |            |             |  |  |  |
|------------|--------------|--|--|------------|-------------|--|--|--|
| <b>026</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>225</b>  |  |  |  |
| <b>027</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>204</b>  |  |  |  |
| <b>028</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>245</b>  |  |  |  |
| <b>029</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>354</b>  |  |  |  |
| <b>030</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão  | <b>UN.</b> | <b>1998</b> |  |  |  |

|                          |              |  |  |            |            |  |  |  |
|--------------------------|--------------|--|--|------------|------------|--|--|--|
|                          |              |  | privativo, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais   |            |            |  |  |  |
| <b>PLANO TIPO 1 PLUS</b> |              |  |  |            |            |  |  |  |
| <b>031</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>367</b> |  |  |  |
| <b>032</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>135</b> |  |  |  |
| <b>033</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>148</b> |  |  |  |
| <b>034</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência   | <b>UN.</b> | <b>227</b> |  |  |  |

|            |              |  |  |            |            |  |  |  |
|------------|--------------|--|--|------------|------------|--|--|--|
|            |              |  | odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos  |            |            |  |  |  |
| <b>035</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>332</b> |  |  |  |
| <b>036</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>275</b> |  |  |  |
| <b>037</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>197</b> |  |  |  |
| <b>038</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>244</b> |  |  |  |

|                     |              |  |  |            |             |  |  |  |
|---------------------|--------------|--|--|------------|-------------|--|--|--|
| <b>039</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>391</b>  |  |  |  |
| <b>040</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>1894</b> |  |  |  |
| <b>PLANO TIPO 2</b> |              |  |  |            |             |  |  |  |
| <b>041</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>109</b>  |  |  |  |
| <b>042</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>38</b>   |  |  |  |

|            |              |  |  |            |           |  |  |  |
|------------|--------------|--|--|------------|-----------|--|--|--|
| <b>043</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>34</b> |  |  |  |
| <b>044</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>60</b> |  |  |  |
| <b>045</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>78</b> |  |  |  |
| <b>046</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>69</b> |  |  |  |
| <b>047</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão  | <b>UN.</b> | <b>60</b> |  |  |  |

|                          |              |  |  |            |            |  |  |  |
|--------------------------|--------------|--|--|------------|------------|--|--|--|
|                          |              |  | privativo, sem<br>assistência<br>odontológica<br><br>Faixa etária: de 44 a 48<br>anos  |            |            |  |  |  |
| <b>048</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência<br>Médica-Hospitalar:<br>Complementar de<br>Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual,<br>acomodações padrão<br>privativo, sem<br>assistência<br>odontológica<br><br>Faixa etária: de 49 a 53<br>anos | <b>UN.</b> | <b>63</b>  |  |  |  |
| <b>049</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência<br>Médica-Hospitalar:<br>Complementar de<br>Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual,<br>acomodações padrão<br>privativo, sem<br>assistência<br>odontológica<br><br>Faixa etária: de 54 a 58<br>anos | <b>UN.</b> | <b>106</b> |  |  |  |
| <b>050</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência<br>Médica-Hospitalar:<br>Complementar de<br>Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual,<br>acomodações padrão<br>privativo, sem<br>assistência<br>odontológica<br><br>Faixa etária: 59 anos<br>ou mais | <b>UN.</b> | <b>485</b> |  |  |  |
| <b>PLANO TIPO 2 PLUS</b> |              |  |  |            |            |  |  |  |
| <b>051</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência<br>Médica-Hospitalar:<br>Complementar de<br>Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual,<br>acomodações padrão<br>privativo, com<br>assistência   | <b>UN.</b> | <b>69</b>  |  |  |  |



|            |              |  |  |            |           |  |  |  |
|------------|--------------|--|--|------------|-----------|--|--|--|
|            |              |  | odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos  |            |           |  |  |  |
| <b>052</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>19</b> |  |  |  |
| <b>053</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>29</b> |  |  |  |
| <b>054</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos | <b>UN.</b> | <b>43</b> |  |  |  |
| <b>055</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>57</b> |  |  |  |

|            |              |  |  |            |            |  |  |  |
|------------|--------------|--|--|------------|------------|--|--|--|
| <b>056</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>40</b>  |  |  |  |
| <b>057</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>39</b>  |  |  |  |
| <b>058</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>43</b>  |  |  |  |
| <b>059</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão privativo, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>51</b>  |  |  |  |
| <b>060</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência estadual, acomodações padrão  | <b>UN.</b> | <b>259</b> |  |  |  |

|                     |              |  |   |            |            |  |  |  |
|---------------------|--------------|--|---|------------|------------|--|--|--|
|                     |              |  | privativo, com assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais  |            |            |  |  |  |
| <b>PLANO TIPO 3</b> |              |  |   |            |            |  |  |  |
| <b>061</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermária, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>101</b> |  |  |  |
| <b>062</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermária, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>39</b>  |  |  |  |
| <b>063</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermária, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 24 a 28 anos | <b>UN.</b> | <b>32</b>  |  |  |  |
| <b>064</b>          | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermária, sem assistência   | <b>UN.</b> | <b>58</b>  |  |  |  |

|            |              |  |   |            |           |  |  |  |
|------------|--------------|--|---|------------|-----------|--|--|--|
|            |              |  | odontológica<br>Faixa etária: de 29 a 33 anos   |            |           |  |  |  |
| <b>065</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 34 a 38 anos | <b>UN.</b> | <b>92</b> |  |  |  |
| <b>066</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 39 a 43 anos | <b>UN.</b> | <b>74</b> |  |  |  |
| <b>067</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos | <b>UN.</b> | <b>46</b> |  |  |  |
| <b>068</b> | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>29</b> |  |  |  |

|                          |              |  |   |            |            |  |  |  |
|--------------------------|--------------|--|---|------------|------------|--|--|--|
| <b>069</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>58</b>  |  |  |  |
| <b>070</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, sem assistência odontológica<br><br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>201</b> |  |  |  |
| <b>PLANO TIPO 3 PLUS</b> |              |  |   |            |            |  |  |  |
| <b>071</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 00 a 18 anos | <b>UN.</b> | <b>72</b>  |  |  |  |
| <b>072</b>               | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br><br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br><br>Faixa etária: de 19 a 23 anos | <b>UN.</b> | <b>14</b>  |  |  |  |

|            |              |  |  |            |            |  |  |  |
|------------|--------------|--|--|------------|------------|--|--|--|
| <b>073</b> | <b>12920</b> |  | <p>Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio</p> <p>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica</p> <p>Faixa etária: de 24 a 28 anos</p> | <b>UN.</b> | <b>35</b>  |  |  |  |
| <b>074</b> | <b>12920</b> |  | <p>Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio</p> <p>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica</p> <p>Faixa etária: de 29 a 33 anos</p> | <b>UN.</b> | <b>113</b> |  |  |  |
| <b>075</b> | <b>12920</b> |  | <p>Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio</p> <p>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica</p> <p>Faixa etária: de 34 a 38 anos</p> | <b>UN.</b> | <b>110</b> |  |  |  |
| <b>076</b> | <b>12920</b> |  | <p>Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio</p> <p>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica</p> <p>Faixa etária: de 39 a 43 anos</p> | <b>UN.</b> | <b>43</b>  |  |  |  |
| <b>077</b> | <b>12920</b> |  | <p>Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio</p> <p>Abrangência nacional, acomodações padrão</p>   | <b>UN.</b> | <b>29</b>  |  |  |  |

|              |              |  |   |            |            |  |  |            |
|--------------|--------------|--|---|------------|------------|--|--|------------|
|              |              |  | enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 44 a 48 anos   |            |            |  |  |            |
| <b>078</b>   | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 49 a 53 anos | <b>UN.</b> | <b>36</b>  |  |  |            |
| <b>079</b>   | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: de 54 a 58 anos | <b>UN.</b> | <b>35</b>  |  |  |            |
| <b>080</b>   | <b>12920</b> |  | Serviços de Assistência Médica-Hospitalar: Complementar de Saúde / Convênio<br>Abrangência nacional, acomodações padrão enfermaria, com assistência odontológica<br>Faixa etária: 59 anos ou mais | <b>UN.</b> | <b>120</b> |  |  |            |
| <b>TOTAL</b> |              |  |   |            |            |  |  | <b>R\$</b> |

## 2. CLÁUSULA SEGUNDA – VIGÊNCIA

2.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é de 12 (doze) meses, com início na data de ...../...../..... e encerramento em ...../...../....., podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, desde que haja autorização formal da autoridade competente e observados os seguintes requisitos:

2.1.1. Os serviços tenham sido prestados regularmente;

**2.1.2.** A CONTRATANTE mantenha interesse na realização do serviço;

**2.1.3.** O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a CONTRATANTE; e

**2.1.4.** A CONTRATADA manifeste expressamente interesse na prorrogação.

**a)** O prazo para manifestação sobre o interesse da prorrogação contratual será de 10 (dez) dias úteis a partir do recebimento da consulta formal enviada pela CONTRATANTE.

**2.2.** Nas eventuais prorrogações contratuais, os custos não renováveis (equipamentos e infraestrutura necessários à execução dos serviços) já pagos ou amortizados no primeiro ano da contratação, deverão ser eliminados como condição para a renovação.

**2.3.** A CONTRATADA não terá direito subjetivo à prorrogação do prazo contratual, o qual deverá ser promovido mediante a celebração de termo aditivo.

### **3. CLÁUSULA TERCEIRA – PREÇO**

**3.1.** O valor total anual estimado da contratação é de **R\$...... (valor por extenso)**.

**3.2.** O valor que a CONTRATANTE retribuirá à CONTRATADA pela prestação dos serviços será o valor unitário homologado para cada item objeto desta contratação, respeitando a sua unidade de medida, de acordo com a proposta comercial da CONTRATADA, multiplicado pela quantidade efetivamente utilizada no período.

**3.3.** No valor constante no item acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

### **4. CLÁUSULA QUARTA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**4.1.** As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da União, para o exercício de 201\_\_, na classificação abaixo:

Fonte:

PTRES:

Programa de Trabalho:

Natureza de Despesa:

**4.2.** No(s) exercício(s) seguinte(s), correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita no início de cada exercício financeiro.

### **5. CLÁUSULA QUINTA – PAGAMENTO**

**5.1.** Os pagamentos na CONTRATANTE são realizados em conformidade com a Lei nº 8.666/1993 e conforme disponibilidade de recursos financeiros, pelo Departamento de Contabilidade e Finanças (DCF), mediante crédito bancário, salvo:

**5.1.1.** Os pagamentos decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 24, da Lei nº 8.666/1993, serão efetuados no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados



da apresentação da nota fiscal/fatura.

**5.1.2. Caberá à CONTRATANTE somente repassar à CONTRATADA os valores previstos relativos à contribuição financeira do Órgão Concedente, sendo que os responsáveis pelos pagamentos das mensalidades são os titulares dos planos de saúde.**

**5.2.** O pagamento será efetuado pelo DCF no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento dos materiais/prestação do serviços e da nota fiscal/fatura, devidamente atestada, a qual deverá:

**5.2.1.** Ser emitida conforme as previsões legais e regulamentares vigentes, em 2 (duas) vias ou mais, com mesma razão social e número de inscrição no CNPJ/MF informados para a habilitação e oferecimento da proposta de preços, bem como deverá conter todos os dados necessários à perfeita compreensão do documento.

**5.2.2.** Conter registro da data de sua apresentação/recebimento e do servidor responsável por este em todas as suas vias, assim como, em mecanismo complementar de registro, como livro protocolo de recebimento, aviso de recebimento ou outro, quando houver.

**5.3.** Quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento provocados exclusivamente pela Administração, o valor devido deverá ser acrescido de atualização financeira, e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes formulas:

$$I=(TX/100)$$

365

EM = I x N x VP, onde:

I = Índice de atualização financeira;

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = Valor da parcela em atraso.

**5.3.1.** Na hipótese de pagamento de juros de mora e demais encargos por atraso, os autos devem ser instruídos com as justificativas e motivos, e ser submetidos à apreciação da autoridade superior competente, que adotará as providências para verificar se é ou não caso de apuração de responsabilidade, identificação dos envolvidos e imputação de ônus a quem deu causa.

**5.4.** Será considerado como data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária (OB) para pagamento.

**5.5.** O pagamento somente será autorizado depois de efetuado o “atesto” pelo servidor competente, devidamente identificado, na nota fiscal apresentada e depois de verificada a regularidade fiscal do prestador dos serviços.

**5.6.** Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária, nos termos da legislação aplicável.

**5.6.1.** Quanto ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), será observado o disposto na Lei Complementar nº 116, de 2003, e legislação municipal aplicável.

**5.6.2.** A CONTRATADA regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições

abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação por meio de documento oficial de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

**5.7.** A Administração deduzirá do montante a ser pago os valores correspondentes às multas e/ou indenizações devidas por parte da CONTRATADA.

**5.7.1.** O desconto de qualquer valor no pagamento devido a CONTRATADA será precedido de processo administrativo em que será garantido o contraditório e a ampla defesa, com os recursos e meios que lhes são inerentes.

**5.8.** É vedado a CONTRATADA transferir a terceiros os direitos ou créditos decorrentes do contrato.

**5.9.** Nenhum pagamento será efetuado ao fornecedor enquanto estiver pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe tiver sido imposta em decorrência de inadimplência contratual.

**5.10.** No interesse da Administração poderá ocorrer a antecipação de pagamento, sendo este em duas hipóteses:

**5.10.1.** Por meio de correspondência com a antecipação da execução da obrigação, propiciando descontos para a CONTRATADA (artigo 40, XIV, 'd'). Calculado à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação da seguinte fórmula:

$$I = \frac{TX}{100}$$

$$365$$

$$D = I \times N \times VP, \text{ onde:}$$

I = Índice de atualização financeira;

TX = Percentual da taxa de desconto;

D = Desconto por antecipação;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento antecipado;

VP = Valor da parcela a ser antecipada.

**5.10.2.** Nas contratações internacionais, onde poderá prevalecer disposição especial a ser acordada entre as partes.

**5.11.** O pagamento será efetuado mediante atendimento das metas na execução do serviço, com base no Instrumento de Medição de Resultado e nos instrumentos de fiscalização e medição da qualidade definidos no Termo de Referência, conforme orientado na Instrução Normativa SEGES/MPDG nº 05/2017.

## **6. CLÁUSULA SEXTA – REAJUSTE**

**6.1.** Os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 12 (doze) meses, contados do início da vigência do contrato, admitindo-se, decorrido esse prazo, o reajuste anual do plano de saúde, unicamente por sinistralidade, entendida quando os custos ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento) da receita.

**6.2.** A sinistralidade deverá ser apurada pela diferença entre as despesas com utilizações e as receitas oriundas de coparticipação, no período de 12 (doze) meses, sendo este valor dividido pela receita total com mensalidades correspondente ao referido período.

**6.3.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12 (doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

**6.4.** Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano devendo a Contratada comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (Dut - Rcopart) \div Rmens$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada.

D ut = Despesas com utilizações cobertas pelo plano

R copart = Receitas com coparticipação.

R mens = Receita com mensalidades.

**6.5.** Somente será concedido reajuste quando o índice de sinistralidade for superior a 75% (setenta e cinco por cento). Caso seja apurado índice de sinistralidade inferior a 75% (setenta e cinco por cento), deverá ser aplicada a redução do valor contratado.

**6.6.** À Contratada incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

**6.7.** O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal a cada 12(doze) meses consecutivos, devidamente documentado e demonstrado ao Contratante.

## **7. CLÁUSULA SÉTIMA – REGIME DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

**7.1.** O regime de execução de serviços a serem executados pela CONTRATADA será o de **empregada por preço unitário**. Os materiais que serão empregados são aqueles previstos no Termo de Referência, anexo do Edital.

## **8. CLÁUSULA OITAVA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**8.1.** Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta.

**8.2.** Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

**8.3.** Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção.

**8.4.** Informar à Contratada, mediante solicitação, a situação funcional do beneficiário titular.

**8.5.** Repassar à Contratada os valores previstos relativos à contribuição financeira do Órgão Concedente.

## **9. CLÁUSULA NONA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**9.1.** Executar os serviços conforme especificado, com a alocação dos empregados necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios indispensáveis, na qualidade e quantidade especificadas, conforme Termo de Referência, Edital sua proposta e este Termo de Contrato.

- 9.2.** Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo Fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados.
- 9.3.** Manter os empregados nos horários predeterminados pela Administração.
- 9.4.** Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, de acordo com os art. 14 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), ficando a Contratante autorizada a descontar da garantia, caso exigida no Edital, ou dos pagamentos devidos à Contratada, o valor correspondente aos danos sofridos.
- 9.5.** Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos técnicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor.
- 9.6.** Disponibilizar à Contratante os empregados devidamente uniformizados e identificados por meio de crachá, além de provê-los com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), quando for o caso.
- 9.7.** Disponibilizar à Contratante, sempre que esta solicite, a relação nominal dos empregados que adentrarão o órgão para a execução do serviço.
- 9.8.** Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas na legislação específica, cuja inadimplência não transfere responsabilidade à Contratante.
- 9.9.** Apresentar, quando solicitado pela Contratante, atestado de antecedentes criminais e distribuição cível de toda a mão de obra oferecida para atuar nas instalações do órgão.
- 9.10.** Atender às solicitações da Contratante quanto à substituição dos empregados alocados, no prazo fixado pelo Fiscal do contrato, nos casos em que ficar constatado descumprimento das obrigações relativas à execução do serviço, conforme descrito neste Termo de Referência.
- 9.11.** Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as normas internas da Contratante.
- 9.12.** Instruir seus empregados a respeito das atividades a serem desempenhadas, alertando-os a não executar atividades não abrangidas pelo contrato, devendo a Contratada relatar à Contratante toda e qualquer ocorrência neste sentido, a fim de evitar desvio de função.
- 9.13.** Deter instalações, aparelhamento e pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação.
- 9.13.1.** Declaração de que mantém ou manterá sede, filial ou escritório no município de Florianópolis ou região metropolitana, a ser comprovado no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contado a partir da vigência do contrato, dispondo de capacidade operacional para receber e solucionar qualquer demanda da Contratante relativa ao objeto, bem como cumprir todos os prazos de atendimento estipulados no Edital e seus Anexos.
- 9.14.** Relatar à Contratante toda e qualquer irregularidade verificada no decorrer da prestação dos serviços.
- 9.15.** Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de 16 (dezesesseis) anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de 14 (quatorze) anos, nem permitir a utilização do trabalho do menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre.
- 9.16.** Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
- 9.17.** Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato.
- 9.18.** Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para

o atendimento do objeto da licitação, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados nos incisos do § 1º do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

**9.19.** Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão Contratante, nos termos do art. 7º do Decreto nº 7.203/2010.

**9.20.** Cadastrar-se junto ao Ministério da Economia a fim de obter rubrica de consignação específica e receber a parte de responsabilidade do órgão concedente, cumprindo todas as exigências que vierem a ser solicitadas por este ministério.

**9.21.** Operacionalizar o processo de movimentação cadastral, disponibilizando canal de atendimento presencial junto à sede da Contratante, com as seguintes competências:

**9.21.1.** Informar aos beneficiários o funcionamento do plano.

**9.21.2.** Receber, conferir, registrar, sanar vícios e prestar esclarecimentos acerca da movimentação cadastral do contrato: inclusão de titular, inclusão de dependente, transferência de contrato, exclusão de titular, exclusão de dependente, alteração cadastral, cabendo à Contratante somente a anuência quando a legislação assim exigir.

**9.21.3.** Receber pedido e/ou emitir segunda via de boleto, carteirinha, carta de carências.

**9.21.4.** Registrar e encaminhar pedidos de reembolso.

**9.21.5.** Registrar e encaminhar reclamações e pendências financeiras.

**9.22.** Manter meio de atendimento eletrônico capaz de dar provimento as demandas citadas no item 11.21.

**9.23.** A movimentação cadastral por meio eletrônico será adotada como padrão de atendimento, sendo a movimentação em papel admissível, em caráter de exceção, quando não houver possibilidade de utilização do meio exclusivamente eletrônico.

**9.23.1.** A Contratante disponibilizará sistema eletrônico de movimentação cadastral, cabendo à Contratada a recepção dos dados e posterior integração junto aos seus sistemas.

**9.23.2.** O envio e recepção de dados será efetivado via *webservice*.

**9.23.2.1.** Caso a Contratada não possua este tipo de estrutura de comunicação em uso, a Contratante poderá disponibilizar os dados em formato “.txt”. Neste caso a Contratada terá o prazo de 90 dias a partir da assinatura do contrato para implementar a comunicação via *webservice*.

**9.24.** Prover inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários.

**9.25.** Disponibilizar meio de pagamento para débito em conta corrente do titular junto a Caixa Econômica Federal e o Banco do Brasil, no mínimo.

**9.26.** Disponibilizar central telefônica de atendimento ininterrupto (vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana) do tipo serviço 0800 e/ou ligação local, bem como portal na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, com o propósito de fornecer, no mínimo, serviços online de informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo Plano de Assistência à Saúde.

**9.27.** Encaminhar o Cartão de Identificação aos beneficiários do Plano de Saúde em no máximo 15 (quinze) dias após a inclusão e/ou reinclusão no Plano.

- 9.27.1.** Fornecer o número de identificação do beneficiário cadastrado, quando da inclusão de novo usuário, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de identificação.
- 9.28.** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.
- 9.29.** Disponibilizar aos titulares e ao Órgão Concedente a relação de prestadores de serviço da área geográfica de abrangência do Plano de Saúde ao qual estejam vinculados, sempre que solicitado.
- 9.30.** Fornecer ao Órgão Concedente a relação da rede de prestadores de serviços, sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.
- 9.31.** Encaminhar mensalmente o boleto de pagamento aos beneficiários, indicando o valor da mensalidade por beneficiário, o custo total, o valor de subsídio repassado pelo órgão a ser descontado da mensalidade, o percentual de coparticipação efetivamente pago e a identificação do prestador do serviço, discriminando os valores referentes à assistência médica e odontológica.
- 9.31.1.** Disponibilizar o boleto também em meio eletrônico.
- 9.32.** Disponibilizar, mensalmente ou a pedido, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e a data de sua realização, além do custo do atendimento.
- 9.33.** Oferecer opção de parcelamento do pagamento para os casos de inadimplência.
- 9.34.** Elaborar e fornecer à comissão de fiscalização do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato.
- 9.35.** Efetuar, até 30/11/2019, a migração de todos os beneficiários atualmente inscritos no contrato 010/2014 que se manifestarem favoráveis a tal.
- 9.36.** Comprovar que possui profissional responsável técnico pela execução dos serviços possui vínculo com a licitante, respeitando o que segue:
- 9.36.1.** No caso de empregado com vínculo empregatício, o respectivo registro na carteira de trabalho e previdência social, bem como a ficha ou livro de registro de empregados, este último, em conformidade com as normas da Delegacia Regional do Trabalho (DRT).
- 9.36.1.1.** No caso de sócio da empresa, o respectivo contrato social da empresa devidamente registrado no órgão competente (Cartório de Títulos e Documentos ou Junta Comercial), para fins de se verificar o vínculo com os responsáveis técnicos indicados na Certidão de Pessoa Jurídica expedida pelo Conselho de Classe.
- 9.36.1.2.** No caso de empresário individual titular do estabelecimento ou titular de Empresa Individual de Responsabilidade Limitada – EIRELI, apresentar credenciamento no Conselho Profissional competente autorizando o exercício da profissão.
- 9.36.1.3.** No caso de contrato de prestação de serviços técnicos, o contrato devidamente firmado entre as partes, com firma reconhecida e registrado em cartório, para vincular a responsabilidade técnica com os profissionais informados na Certidão de Pessoa Jurídica expedida pelo Conselho de Classe.

## **10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO**

**10.1.** O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um ou mais representantes da Contratante, especialmente designados, na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993, e do art. 6º do Decreto nº 2.271, de 1997.

**10.2.** O representante da Contratante deverá ter a experiência necessária para o acompanhamento e controle da execução dos serviços e do contrato.

**10.3.** A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos no Termo de Referência e neste Termo de Contrato.

**10.4.** A execução dos contratos deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle, que compreendam a mensuração dos aspectos mencionados no art. 47 e no Anexo V, item 2.6, i, ambos da IN nº 05/2017.

**10.5.** A fiscalização técnica dos contratos avaliará constantemente a execução do objeto e utilizará o Instrumento de Medição de Resultado (IMR), conforme modelo previsto no Anexo III, ou outro instrumento substituto para aferição da qualidade da prestação dos serviços, devendo haver o redimensionamento no pagamento com base nos indicadores estabelecidos, sempre que a Contratada:

- a) Não produzir os resultados, deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou
- b) Deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

**10.6.** A utilização do IMR não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da prestação dos serviços.

**10.7.** Durante a execução do objeto, o fiscal técnico deverá monitorar constantemente o nível de qualidade dos serviços para evitar a sua degeneração, devendo intervir para requerer à Contratada a correção das faltas, falhas e irregularidades constatadas.

**10.8.** O fiscal técnico deverá apresentar ao preposto da Contratada a avaliação da execução do objeto ou, se for o caso, a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.

**10.9.** Em hipótese alguma, será admitido que a própria Contratada materialize a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.

**10.10.** A Contratada poderá apresentar justificativa para a prestação do serviço com menor nível de conformidade, que poderá ser aceita pelo fiscal técnico, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle do prestador.

**10.11.** Na hipótese de comportamento contínuo de desconformidade da prestação do serviço em relação à qualidade exigida, bem como quando esta ultrapassar os níveis mínimos toleráveis previstos nos indicadores, além dos fatores redutores, devem ser aplicadas as sanções à Contratada de acordo com as regras previstas no ato convocatório.

**10.12.** O fiscal técnico poderá realizar avaliação diária, semanal ou mensal, desde que o período escolhido seja suficiente para aferir o desempenho e qualidade da prestação dos serviços.

**10.13.** O fiscal técnico, ao verificar que houve subdimensionamento da produtividade pactuada, sem perda da qualidade na execução do serviço, deverá comunicar à autoridade responsável para que esta promova a

adequação contratual à produtividade efetivamente realizada, respeitando-se os limites de alteração dos valores contratuais previstos no § 1º do art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

**10.14.** A conformidade do material a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento da Contratada que contenha sua relação detalhada, de acordo com o estabelecido no Termo de Referência, neste Termo de Contrato e na proposta, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como: marca, qualidade e forma de uso.

**10.15.** O representante da Contratante deverá promover o registro das ocorrências verificadas, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais, conforme o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993.

**10.16.** O descumprimento total ou parcial das demais obrigações e responsabilidades assumidas pela Contratada ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas no Termo de Referência, neste Termo de Contrato e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos artigos 77 e 80 da Lei nº 8.666, de 1993.

**10.17.** A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Contratante ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

**10.18.** A designação dos fiscais e do gestor do Contrato dar-se-á mediante portaria ou ato normativo equivalente da administração da Universidade, juntado nos autos após a celebração do ajuste.

## **11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**11.1.** Pela inexecução total ou parcial do contrato a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à Contratada as sanções previstas no item 20 do Edital.

## **12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – RESCISÃO**

**12.1.** O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido nas hipóteses previstas nos art. 78 e 79 da Lei nº 8.666, de 1993, com as consequências indicadas no art. 80 da mesma Lei, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas no Termo de Referência, anexo do Edital.

**12.2.** Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

**12.3.** A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei nº 8.666, de 1993.

**12.4.** O termo de rescisão, sempre que possível, será precedido de:

**12.4.1.** Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

**12.4.2.** Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

**12.4.3.** Indenizações e multas.



### **13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA SUBCONTRATAÇÃO**

**13.1.** É permitida a subcontratação do objeto mediante autorização prévia da contratante nas condições a seguir:

**13.1.1.** É vedada a sub-rogação completa ou da parcela principal da obrigação.

**13.1.2.** A título meramente exemplificativo é passível de subcontratação o serviço de assistência odontológica.

**13.2.** A subcontratação depende de autorização prévia da Contratante, a quem incumbe avaliar se a subcontratada cumpre os requisitos de qualificação técnica, além da regularidade fiscal e trabalhista, necessários à execução do objeto.

**13.3.** Em qualquer hipótese de subcontratação, permanece a responsabilidade integral da Contratada pela perfeita execução contratual, bem como pela padronização, pela compatibilidade, pelo gerenciamento centralizado e pela qualidade da subcontratação, cabendo-lhe realizar a supervisão e coordenação das atividades da subcontratada, bem como responder perante a Contratante pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto da subcontratação.

**13.4.** As microempresas e/ou empresas de pequeno porte a serem subcontratadas serão indicadas e qualificadas pela licitante melhor classificada juntamente com a descrição dos bens e/ou serviços a serem por elas fornecidos e seus respectivos valores, no caso da hipótese prevista no art. 48, II, da LC 123/2006;

**13.5.** São obrigações adicionais da Contratada, em razão da subcontratação:

**13.5.1.** Apresentar a documentação de regularidade fiscal das microempresas e empresas de pequeno porte subcontratadas, sob pena de rescisão, aplicando-se o prazo para regularização previsto no § 1º do art. 4º do Decreto nº 8.538, de 2015;

**13.5.2.** Substituir a subcontratada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, na hipótese de extinção da subcontratação, mantendo o percentual originalmente subcontratado até a sua execução total, notificando a Contratante, sob pena de rescisão, sem prejuízo das sanções cabíveis, ou a demonstrar a inviabilidade da substituição, hipótese em que ficará responsável pela execução da parcela originalmente subcontratada.

**13.6.** Não será aplicável a exigência de subcontratação quando a licitante for qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte.

### **14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – VEDAÇÕES**

**14.1.** É vedado à CONTRATADA:

**14.1.1.** Caucionar ou utilizar este Termo de Contrato para qualquer operação financeira;

**14.1.2.** Interromper a execução dos serviços sob alegação de inadimplemento por parte da CONTRATANTE, salvo nos casos previstos em lei.

### **15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ALTERAÇÕES**

**15.1.** Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina do art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

**15.2.** A CONTRATADA é obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

**15.3.** As supressões resultantes de acordo celebrado entre as partes CONTRATANTES poderão exceder o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

**15.4.** É admissível a fusão, cisão ou incorporação da CONTRATADA com/em outra pessoa jurídica, desde que sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original, sejam mantidas as demais cláusulas e condições do contrato, não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da CONTRATANTE à continuidade do contrato.

## **16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – PUBLICAÇÃO**

**16.1.** Incumbirá à CONTRATANTE providenciar a publicação deste instrumento, por extrato, no Diário Oficial da União, no prazo previsto na Lei nº 8.666, de 1993.

## **17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – FORO**

**17.1.** O Foro para solucionar os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato será o da Subseção Judiciária de Florianópolis (Seção Judiciária de Santa Catarina) - Justiça Federal.

Para firmeza e validade do pactuado, o presente Termo de Contrato foi lavrado em 2 (duas) vias de igual teor, que, depois de lido e achado em ordem, vai assinado pelos contraentes.

Florianópolis,..... de..... de 20.....

\_\_\_\_\_

Jair Napoleão Filho

CPF: 342.374.379-49

(Pró-reitor de Administração)

\_\_\_\_\_

Representante legal da CONTRATADA

CPF:

## **TESTEMUNHAS**

\_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

\_\_\_\_\_

Nome:

CPF: