



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SEGESP  
CONTRATO 010/2014

**CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A  
UNIÃO, POR INTERMÉDIO DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SANTA CATARINA E A EMPRESA  
UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS -  
COOPERATIVA DE TRABALHO.**

A UNIÃO, por intermédio da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC), autarquia educacional, criada e integrada ao Ministério da Educação (MEC) pela Lei n.º 3.849, de 18/12/1960, inscrito no CNPJ n.º 83.899.526/0001-82, com sede em no Campus Universitário, no Bairro da Trindade, desta Capital, doravante denominada **CONCEDENTE** e representado por seu Pró-Reitor de Administração, o Senhor Antonio Carlos Montezuma Brito, CPF n.º 051.518.132-34, e a **UNIMED GDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO**, inscrita no CNPJ n.º 77.858.611/0001-08, situada na rua Dom Jaime Câmara, 94 - Florianópolis/SC CEP 88015-120, doravante denominada **OPERADORA** neste ato representada por neste ato representado pelo **Dr. Genoir Simoni**, portador do CPF: n.º 394.333.669-7, firmam o presente **CONTRATO**, de acordo com o Processo de Licitação n.º 23080.20990/2013-88, em conformidade com a Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002, com o Decreto n.º 5.450, de 31 de maio de 2005, com a Lei n.º 11.302, de 10 de maio de 2006, com o Decreto n.º 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, alterado pelo Decreto n.º 5.010, de 9 de março de 2004, observando o disposto na Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, na Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, na Resolução Normativa - RN/ANS n.º 137, de 14 de novembro de 2006 e na Portaria Normativa SRH/MPOG n.º 05, de 11 de outubro de 2010, é sujeito às disposições estabelecidas no Edital de Pregão Eletrônico n.º 365/2013 e nas complementações a ele integradas, aos termos da proposta vencedora e sob as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO**

O presente Contrato tem por objeto proporcionar aos servidores da **CONCEDENTE** e aos Procuradores Federais de Santa Catarina, lotados na **Advocacia-Geral da União (AGU)** em Santa Catarina, ativos, inativos e seus respectivos grupos familiares definidos, bem como aos seus pensionistas, a possibilidade de ingresso, no Plano de Saúde administrado pela **OPERADORA** que atende as referências mínimas previstas no Termo de Referência Básico de Plano de Assistência à Saúde Suplementar do Pessoal Civil da Administração Federal, publicado como anexo da Portaria Normativa SRH/MPOG n.º 05/2010.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DESCRIÇÃO DO PLANO**

1. O Plano de Saúde Suplementar do Pessoal Civil da Administração Federal terá mensalidade pré-estabelecida, contemplando assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão enfermaria<sup>1</sup> ou apartamento<sup>2</sup>, centro de terapia intensiva,

<sup>1</sup> Acomodação hospitalar em quarto coletivo, com banheiro idem, sem direito a acompanhante,

<sup>2</sup> Acomodação hospitalar em quarto individual, com banheiro privativo; permite acompanhante para o

3

ou similar, quando necessária a internação hospitalar, 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.

1. O Plano será destinado aos servidores Técnico-Administrativos, Servidores Docentes vinculados à UFSC e aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina, ativos ou inativos seus dependentes, agregados e pensionistas. Estima-se uma quantidade aproximada de 17.500 beneficiários.

2. 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 credenciada, a ser paga parcialmente a expensas da Operadora contratada, observando os limites de custeio estabelecidos.

3. Abrangência descrita nos tipos de plano abaixo visa garantir que o beneficiário do plano de saúde obtenha atendimento médico de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente do tipo de plano escolhido titular (estadual ou nacional), além de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos com padrão enfermária ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, 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 do plano de saúde através de rede própria, conveniada, referenciada pela operadora ou ainda na forma de reembolso.

4. A Operadora contratada do serviço de assistência à saúde suplementar deve oferecer os (8) oito tipos de planos, conforme descrição abaixo:

a) **Plano Básico:** tipo de plano de saúde com abrangência estadual (no Estado de Santa Catarina), com acomodações padrão enfermária, que cumpra todos os requisitos do Termo de Referência Básico do Plano de Assistência à Saúde (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010, sem assistência odontológica).

b) **Plano Básico Plus:** tipo de plano de saúde com abrangência estadual (no Estado de SC), com acomodações padrão enfermária, que cumpre todos os requisitos do Termo de Referência Básico do Plano de Assistência à Saúde (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010), com assistência odontológica.

c) **Plano Tipo 1:** tipo de plano de saúde com abrangência nacional, com acomodações padrão privativo, que cumpre todos os requisitos do Termo de Referência Básico do Plano de Assistência à Saúde (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010), sem assistência odontológica.

d) **Plano Tipo 1 Plus:** tipo de plano de saúde com abrangência nacional, com acomodações padrão privativo, que cumpre todos os requisitos do Termo de Referência Básico do Plano de Assistência à Saúde (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010), com assistência odontológica.

e) **Plano Tipo 2** – tipo de plano de saúde com abrangência estadual (no Estado de SC), padrão privativo, que cumpre todos os requisitos do Termo de Referência Básico do Plano de Assistência à Saúde (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010). (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010, sem assistência odontológica).

f) **Plano Tipo 2 Plus** – tipo de plano de saúde com abrangência estadual (no Estado de SC), padrão privativo, que cumpre todos os requisitos do Termo de Referência Básico do Plano de Assistência à Saúde (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010). (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010, com assistência

paciente.



odontológica.

g) **Plano Tipo 3** – tipo de plano de saúde com abrangência nacional, com acomodações padrão enfermária, que cumpre todos os requisitos do Termo de Referência Básico do Plano de Assistência à Saúde (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010), sem assistência odontológica.

h) **Plano Tipo 3 Plus** – tipo de plano de saúde com abrangência nacional, com acomodações padrão enfermária, que cumpre todos os requisitos do Termo de Referência Básico do Plano de Assistência à Saúde (anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010), com assistência odontológica.

5. O tipo de plano de saúde escolhida pelo Titular<sup>3</sup> do plano será a mesmo para todos os seus dependentes e agregados.

a) O valor da contribuição individual do plano será único, sem distinção de faixa etária.

b) O servidor ativo e inativo e o pensionista vinculados à UFSC e os Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na AGU em Santa Catarina poderão optar por plano de cobertura e acomodação superior ao plano oferecido pela Operadora do plano de saúde, desde que se responsabilize com o custo adicional de tais serviços, sendo-lhes garantida a parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente na forma estabelecida.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – BENEFICIÁRIOS DO PLANO E SUA ADESÃO**

1. Serão considerados beneficiários do Plano de Saúde os titulares, os dependentes e os agregados, sendo o titular, o responsável financeiro pelo plano de saúde.

2. Podem aderir ao Plano de Saúde como Titulares:

a) Os servidores, 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, vinculado 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.

3. Poderão ser inscritos como Dependentes do titular no 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 que teve a União Estável reconhecida e dissolvida judicialmente com percepção de pensão alimentícia;

d) Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) Os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

f) O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens “d” e “e” acima.

4. A existência de dependente constante nos itens “a” ou “b”, desobriga a possibilidade de

<sup>3</sup>Na qualidade de servidor, os inativos e os 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, vinculado à UFSC e aos Procuradores Federais de Santa Catarina lotados na Advocacia-Geral da União- AGU em Santa Catarina.

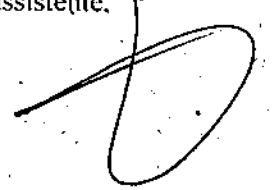
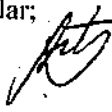
2

inscrição do dependente constante do inciso "c" do mesmo item.

5. Os pensionistas não poderão inscrever dependentes no Plano de Saúde.
6. Poderão ser inscritos como Agregados do Titular no Plano de Saúde: os pais, padrastos ou madrastas, avós, netos, filhos maiores de 21 anos e/ou maiores de 24 anos (se estudantes), desde que assumam integralmente o seu respectivo custeio.
7. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria respeitando o cronograma de movimentação cadastral estabelecido pela UFSC.
8. É assegurada a inclusão:
  - a) Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo e o neto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;
  - b) Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.
9. É garantido aos servidores exonerados a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

#### CLÁUSULA QUARTA – COBERTURA DO PLANO

1. A Operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11 e 12 de 1998.
2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:
  - a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
  - b) 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;
  - c) Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar.
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:
  - a) Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
  - b) Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
  - c) Diária de internação hospitalar;
  - d) Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
  - e) 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;



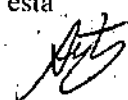
- f) Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- g) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito), pessoas com deficiências, ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- h) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- i) Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- j) Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- k) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- l) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e ao neto do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- m) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;
- n) 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:
  - i) As despesas assistenciais com doadores vivos;
  - ii) Os medicamentos utilizados durante a internação;
  - iii) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
  - iv) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- o) Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.
- p) Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Operadora.

4. 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.

#### CLÁUSULA QUINTA – CARÊNCIAS

1. Os beneficiários que se inscreverem no Plano de Saúde administrado pela Operadora cumprirão os prazos de carência estabelecidos pela ANS.
2. Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do contrato firmado.
3. É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes, se a adesão ao Plano ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias do seu efetivo exercício na UFSC ou na AGU-SC, comprovado mediante comunicação da UFSC à Operadora.
4. O filho natural ou adotivo menor de 12 anos e o neto do servidor, ativo ou inativo, está

(B)



isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção.

5. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo Plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 60 (sessenta) dias do óbito do servidor.

#### CLÁUSULA SEXTA – CREDENCIAMENTOS

1. A empresa licitante no momento da apresentação de sua proposta comercial deverá apresentar a relação atualizada dos médicos por especialidades, informando seus respectivos registros no CRM, clínicas, laboratórios e hospitais/maternidade credenciados, através dos quais pretende executar o serviço de Assistência à Saúde, que não poderão ser inferiores a:

a) Médicos: 1.200 (um mil e duzentos) médicos, observando as especialidades e municípios como segue: todas as especialidades básicas (clínica médica, pediatria, 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.

b) Clínicas de diagnose e terapia (tais como: clínicas de diagnose por imagem e fisioterapia) e laboratórios: 120 (cem e vinte) unidades, no Estado de Santa Catarina;

c) Hospitais/maternidades: 12 (doze) unidades, no Estado de Santa Catarina.

d) Dentistas: 180 (cento e oitenta) dentistas, distribuídos, 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.

2. A comprovação do credenciamento dos médicos, dentistas, clínicas, laboratórios e hospitais/maternidades, através dos quais a Operadora pretende executar o Plano de Assistência à Saúde, deverá ser feito no momento da assinatura do Contrato. Os documentos serão analisados por equipe técnica indicada, que poderá vir a solicitar outros documentos para confirmar as informações.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO ÓRGÃO CONCEDENTE

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. 4º da Portaria Normativa nº SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010 e os valores da Portaria Normativa nº. 625 publicada no Diário Oficial da União do dia 24 de dezembro de 2012 ou novo regulamento que vier a substituir.

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 neste Edital. O Contrato vigente possui um total de 14.019 beneficiários entre titulares, dependentes e agregados.

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.

4. O custeio do plano de saúde é de responsabilidade da União, das Autarquias e

Fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

#### **CLÁUSULA OITAVA – PARCELA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DO TITULAR**

1. 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 deduzido da parcela de contribuição do Órgão Concedente, mediante arrecadação, em boleto bancário, cujo valor será repassado à Operadora até o 15º dia subsequente à competência a que se refere.
2. O valor da parcela de contribuição financeira dos Titulares poderá ser revisto sempre que a avaliação atuarial recomendar, observando-se os limites de atualização, definidos pela ANS, sendo que o indicador de sinistralidade ideal utilizado não poderá ser inferior a 75%.
3. Os Titulares do Plano poderão inscrever agregados, conforme especificado no item 3.1.5, desde que arquem com a contribuição individual e integral para cada agregado inscrito no plano.
4. A contribuição do beneficiário Agregado será individual e poderá ser revista sempre que a avaliação atuarial recomendar, observando os limites de atualização definidos pela ANS podendo ser reajustada em percentual diferente dos servidores titulares, pensionistas e dependentes a critério do Órgão Concedente.

#### **CLÁUSULA NONA – CO-PARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

1. Os titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive por seus respectivos dependentes e agregados, que serão cobrados pela Operadora, mediante boleto bancário ou outro instrumento de cobrança:
  - a) O custeio dos serviços envolve a participação no custo das consultas médicas, exames e terapias, ao valor máximo correspondente a 20% do valor da Tabela Referência da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) vigente, no valor máximo de R\$80,00 (oitenta reais) por procedimento.
  - b) Não haverá qualquer participação no custeio dos serviços quando de internação hospitalar.
  - c) Para os serviços odontológicos será observado o mesmo critério de custeio dos serviços médicos, observando a tabela de referência de preços de entidade da área odontológica assemelhada a entidade da área médica citada anteriormente.
  - d) Ocorrendo alteração no valor da parcela de contribuição financeira do Órgão Concedente, ocorrerá, automaticamente, a redução no valor da parcela de contribuição financeira do beneficiário.

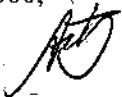
#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As contribuições do CONCEDENTE correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da União, na seguinte dotação orçamentária:

UFSC

1. Programa: 12.301.2109.2004.0042;
2. Ptes: 061497;
3. Fonte: 0112000000 e 0100000000;

e



4. Natureza: 339039 e 339093.

HU

1. Programa: 12.301.2109.2004.0042;

2. Ptes: 060806;

3. Fonte: 0112000000 e 0100000000;

4. Natureza: 339039 e 339093.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REEMBOLSO

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 Operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

a) O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

b) Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

c) Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

2. O reembolso dos procedimentos eletivos realizados fora da área de abrangência do Plano será efetuado, de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas praticadas pelo Plano.

3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da Operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

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; e

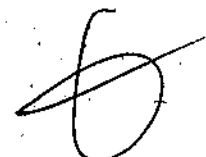
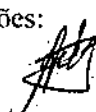
d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

4. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverá apresentar a documentação adequada, no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – REMOÇÃO

1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 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:




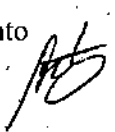


- a) Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a Operadora desse ônus;
- b) A Operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os 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;
- c) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item "3" acima a Operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA OPERADORA

1. Viabilizar aos Beneficiários inscritos, por meio de sua rede de prestadores de serviços, os programas de assistência ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e odontológico previstos no Plano de Saúde ao qual estejam vinculados;
2. Oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão concedente ao qual está vinculado o titular do benefício para os oito tipos de planos oferecidos;
3. Administrar as inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições financeiras mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos Beneficiários;
4. Encaminhar o Cartão de Identificação aos Beneficiários do plano de saúde em no máximo 15 dias após a solicitação de inclusão e reinclusão por parte do Órgão Concedente;
5. Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
6. 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;
7. Fornecer ao órgão concedente, a relação da rede de prestadores de serviços sempre que houver alteração e as demais informações pertinentes quando solicitado.
8. Informar, mensalmente, o detalhamento dos serviços utilizados pelos Beneficiários, com indicação do prestador, do custo total e do percentual de participação nas despesas nos boletos de pagamento encaminhados aos Titular do plano de saúde o/ou por meio eletrônico;
9. 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.
10. Designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o órgão concedente para tratar dos assuntos gerenciais pertinentes ao plano de saúde.
11. Disponibilizar um colaborador de seu quadro para efetuar atendimento aos beneficiários do plano na sede da UFSC, junto a Divisão de Saúde Suplementar (DSUU/DAS/UFSC) totalizando carga horária de 40 horas semanais podendo ainda ser ampliado de acordo com a demanda do serviço e a critério da UFSC.
12. Fornecer, durante a vigência do contrato, até o quinto dia útil de cada mês
  - a) Relatório da movimentação cadastral mensal – beneficiários incluídos e excluídos a pedido.
  - b) Relatório dos beneficiários excluídos por inadimplência.
  - c) Relatório dos beneficiários que tiveram contratos reativados.
  - d) Relatório com a descrição das receitas e despesas detalhadas do comportamento

B

financeiro de contrato, em formato definido pela UFSC.

13. Solucionar em até 72 horas eventuais cobranças indevidas a partir da comunicação pelo beneficiário a empresa contratada;
14. Fornecer material informativo do plano de saúde quando o solicitado pelo Órgão Concedente.
15. Disponibilizar e manter controle demonstrativo de valores pagos à cooperativa para fins de IR aos beneficiários do plano.
16. Disponibilizar central telefônica com atendimento 24 horas para os beneficiários do plano de saúde.
17. Informar de maneira clara e precisa aos servidores do órgão concedente o procedimento para inscrição no Plano administrados pela Operadora;
18. A contratada deverá oferecer programas de prevenção e promoção a saúde nas áreas identificadas como prioritárias pelo órgão concedente visando atender no mínimo 5% dos beneficiários que constituem a carteira de clientes.
19. A operadora deverá se cadastrar junto ao MPOG e a DESAP/SEGEF 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 feitas pelo MPOG.
20. A Operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.
21. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao Titular do Plano e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.
22. Nenhuma responsabilidade caberá a Operadora por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do beneficiário, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.
23. A Operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do disposto no presente instrumento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – OBRIGAÇÕES DO ÓRGÃO CONCEDENTE**

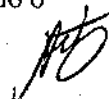
1. Repassar à Operadora valores previstos, relativos a contribuição financeira do órgão Concedente conforme o caso.
2. Indicar um servidor(a) do órgão concedente para ser o responsável pela gestão do Contrato junto a Operadora;
3. Obter autorização expressa dos Titulares para débito em conta-corrente os valores decorrentes das contribuições e participações e do formulário de adesão ao plano de saúde;
4. Fornecer a Operadora relação de servidores e pensionistas aptos a inscreverem-se no Plano de Saúde;
5. Encaminhar, mensalmente à Operadora, conforme cronograma estipulado entre as partes, os formulários de inscrição, ou relatório eletrônico de novos beneficiários, com as informações necessárias para o seu cadastramento e recebimento dos Cartões de Identificação de Beneficiários;
6. Fornecer, mensalmente, a Operadora, lista nominal de todos os Titulares excluídos da cobertura do órgão concedente por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao Plano de Saúde;

7. Recolher e devolver a Operadora os Cartões de Identificação dos Beneficiários excluídos;
8. Comunicar a Operadora eventuais recusas de devolução dos Cartões de Identificação dos Beneficiários;
9. Encaminhar à SEGEP/MPOG cópia do instrumento de contrato, devidamente assinado, no prazo de 30 (trinta) dias contados do início de sua vigência.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINGRESSO

1. É voluntária a inscrição/adesão e a exclusão de qualquer beneficiário no Plano de assistência à saúde de que trata o presente Contrato.
2. A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no Inciso V do item 13 acima (obrigações do órgão concedente), sendo a data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.
3. As exclusões no Plano de Saúde de que trata o presente Contrato ocorrerão nas seguintes situações:
  - a) Suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
  - b) Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
  - c) Remoção ou redistribuição;
  - d) Licença sem remuneração;
  - e) Deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
  - f) Exercício provisório;
  - g) Decisão administrativa ou judicial;
  - h) Outras situações previstas em Lei.
  - i) Por fraude
  - j) Por inadimplência.
4. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou suspensão temporária de remuneração o titular poderá optar por permanecer no plano, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas desde que requisite mediante solicitação digital no sistema SPA da UFSC ou por requerimento próprio da DSSU.
5. No caso de afastamento do servidor para formação no exterior pela UFSC OU AGU-SC, o servidor poderá suspender o plano de saúde durante o período do afastamento sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências no retorno, desde que o pedido de reativação do plano ocorra até trinta dias após o seu retorno ao país.
6. No caso de inadimplência superior a 60 dias, o beneficiário titular e seu grupo familiar vinculado ao plano de saúde serão excluídos do plano. O beneficiário titular poderá solicitar a reativação no plano sem prejuízo quanto ao cumprimento de carências, desde que o pedido de reativação do plano, junto a UFSC, ocorra em até de 30 dias após a data da exclusão e com a comprovação da quitação dos débitos.
7. A inscrição, o cancelamento ou o reingresso de beneficiários no plano obedecerão ao disposto abaixo:
  - a) O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos Titulares, sendo exigida a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação e a cobrança da mensalidade deverá ser proporcional ao tempo utilizado pelo serviço, e obedecido o

e



cronograma estabelecido; exceto nos casos de inclusão de recém-nascidos e exclusão por óbito, que deverão ser processados no dia informado pelo "ÓRGÃO CONCEDENTE à OPERADORA".

- b) Ocorrendo o cancelamento ou suspensão temporária de inscrição do Titular, todos os seus dependentes e agregados terão a inscrição cancelada ou suspensa;
- c) O órgão concedente se obriga a comunicar a Operadora qualquer tipo de evento que implique na perda de direito de qualquer Titular do Plano.
- d) Aos Titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados, demitidos ou licenciados aplicar-se-á o disposto no inciso II deste item, no tocante à quitação de eventuais débitos;
- e) O Órgão Concedente não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da Operadora, nem por eventuais débitos ocorridos após comunicação, pelo órgão concedente, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do Titular, e seus Dependentes;

#### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – VIGÊNCIA

O presente Contrato entrará em vigor em 1º/4/2014, cuja eficácia se dará com a publicação no Diário Oficial da União e vigorará por 24 meses. (Prazo mínimo de vigência, conforme o disposto no art. 38 da Portaria Normativa SRH/MPOG n.º 01, de 27 de dezembro de 2007), podendo vir a ser prorrogado por igual período, no interesse da Administração.

Parágrafo Primeiro: O contrato será prorrogado, mediante apostilamento, até o limite de 60 meses, caso sejam preenchidos os requisitos abaixo enumerados de forma simultânea, e autorizado formalmente pela autoridade competente:

- a) Os serviços foram prestados regularmente;
- b) A CONTRATADA não tenha sofrido qualquer punição de natureza pecuniária;
- c) A CONTRATANTE ainda tenha interesse na realização do serviço;
- d) O valor do contrato permaneça economicamente vantajoso para a CONTRATANTE; e
- e) A CONTRATADA concorde com a prorrogação.

Parágrafo Segundo: Somente após decorridos 12 meses da assinatura do contrato seu valor poderá ser reajustado.

#### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

As sanções e penalidades que poderão ser aplicadas à OPERADORA são as previstas na Lei n.º 10.520/02, na Lei n.º 8.666/93 e alterações posteriores, no Edital e no Contrato.

Parágrafo Primeiro: A OPERADORA ficará sujeita, também, às seguintes penalidades, garantido o direito à ampla defesa, pelo descumprimento total ou parcial deste Edital:

- a) Advertência;
- b) Multa, que deverá ser recolhida em favor da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Guia de Recolhimento para a União (GRU), a ser fornecida pela Pró-Reitoria de Planejamento e Orçamento da UFSC:
  - i) No caso de rescisão contratual por culpa da OPERADORA, multa de 10% (dez por cento) do valor mensal estimado dos serviços de assistência à saúde;
  - ii) No caso de atraso para o início da execução do Contrato, multa de 0,1% por dia de atraso, sobre o valor do Contrato, até a regularização dos serviços, limitado a 30 (trinta) dias de

atraso;

iii) No caso de não repasse do pagamento aos contratados ou credenciados no prazo contratual, multa de 1% por dia de atraso, sobre o valor não repassado;

iv) No caso de descumprimento de cláusulas contratuais não previstas nas alíneas a, b e c, multa de até 10% (dez por cento) do valor mensal estimado dos serviços de assistência à saúde, de acordo com a gravidade da infração, aplicada em dobro na reincidência.

c) Suspensão, de acordo com o art. 7.º da Lei n.º 10.520/02, à OPERADORA, sem prejuízo das demais cominações legais e contratuais, ficará impedida de licitar e contratar com a União e será descredenciada no SICAF pelo prazo de 5 (cinco) anos, na hipótese de:

i) Fraudar a execução do Contrato;

ii) Descumprir as obrigações decorrentes do Contrato.

Parágrafo Segundo: Na aplicação das penalidades previstas neste Contrato a CONCEDENTE considerará, motivadamente, a gravidade da falta, seus efeitos, bem como os antecedentes da OPERADORA, graduando-os e podendo deixar de aplicá-las, se admitidas justificativas da OPERADORA, nos termos do que dispõe o art. 87, caput, da Lei n.º 8.666/93.

Parágrafo Terceiro: Nenhum pagamento será realizado à OPERADORA enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

Parágrafo Quarto: As multas aplicadas deverão ser recolhidas à CONCEDENTE, observando a data de vencimento estabelecida na GRU, podendo a Administração cobrá-las judicialmente, nos termos de Lei n.º 6.830/80, com os encargos correspondentes, ou descontá-las dos valores remanescentes de pagamentos à empresa.

#### CLÁUSULA DÉCIMA NONA – RESCISÃO

A rescisão deste contrato poderá ser:

a) Determinada por ato unilateral e escrito da CONCEDENTE, nos casos enumerados no incisos I a XII do artigo 78 da Lei n.º 8.666/93, notificando-se a OPERADORA com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

b) Amigável, por acordo entre as partes, reduzido a termo, desde que haja conveniência para a CONCEDENTE;

c) Judicial, nos termos da legislação vigente sobre a matéria.

Parágrafo Único: Será considerado justo motivo para rescisão unilateral do Contrato pela CONCEDENTE:

a) A inexecução total ou parcial deste Contrato, conforme disposto nos artigos 77 a 80 da Lei n.º 8.666/93.

b) A suspensão, paralisação ou descumprimento das atividades estabelecidas nas cláusulas do instrumento contratual, sem justa causa e sem a prévia autorização por escrito da CONCEDENTE;

c) A incidência de irregularidade notificada pelo fiscal do Contrato por mais três vezes durante a execução do instrumento de concessão, na mesma incidência;

d) A interdição das instalações ou paralisação temporária dos serviços por conta da OPERADORA, ou em decorrência de auto de infração;

e) A ocorrência de qualquer dos motivos enumerados no art. 78 da Lei 8.666/93, independentemente de qualquer notificação judicial ou extrajudicial.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA – FORO**

As questões e os litígios oriundos do presente Termo de Concessão de Uso e não dirimidos consensualmente serão resolvidos na Justiça Federal, Seção Judiciária do Estado de Santa Catarina.

Para validade do pactuado, firmou-se este instrumento em 3 (três) vias de igual teor e forma, com um só efeito, na presença das testemunhas assinadas, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

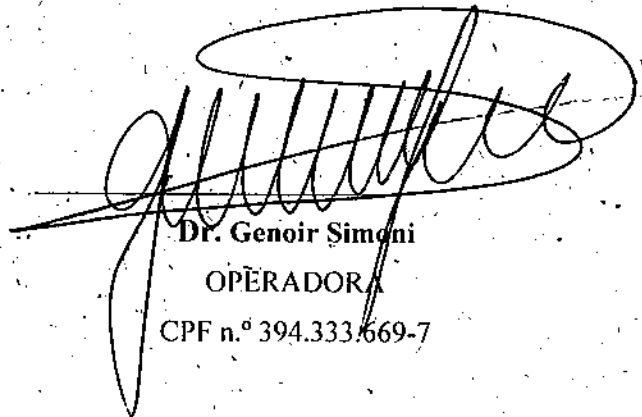
Florianópolis, 04 de fevereiro de 2014.



Antonio Carlos Montezuma Brito

**CONCEDENTE**

CPF n.º 051.518.132-34



Dr. Genoir Simoni

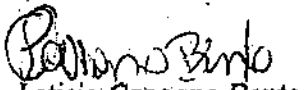
**OPERADORA**

CPF n.º 394.333.669-7

**TESTEMUNHAS:**

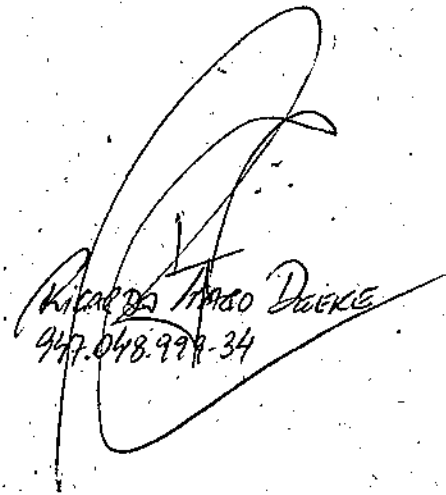
Nome:

CPF:

  
Leticia Cassano Bento  
CPF: 357.050.268-62

Nome:

CPF:

  
Ricardo Augusto Diecke  
CPF: 947.048.999-34