

## **TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. OBJETO**

1.1. A presente licitação tem por objeto a prestação de serviços de assistência à saúde dos servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas vinculados à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, pelo período de 12 (doze) meses.

1.1.1. O quantitativo de servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas vinculados à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, por faixas etárias, conforme Anexo I, demonstra uma estimativa das possíveis adesões ao plano de saúde a ser contratado.

1.2. É obrigatório a todas as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC o oferecimento do plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas neste instrumento.

1.2.1. A cobertura definida observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

1.2.2. Entende-se por beneficiário, na condição de titular do plano, o servidor ativo e inativo ou pensionista. Somente o servidor, ativo ou inativo, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

1.2.3. A cotação para o plano de saúde deverá contemplar: (a) os servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas, por faixas etárias; e, (b) as modalidades, conforme parâmetros do Anexo II.

1.2.4. As cotações das modalidades com co-participação deverão levar em consideração, no mínimo, os parâmetros estabelecidos no Anexo III.

1.2.5. Nas cotações de todas as modalidades deverão ser cotados os agregados.

1.2.6. Por regional entende-se a cobertura em todo o território do estado do Rio Grande do Sul.

1.2.7. Com base no art. 39 da Portaria SRH/MPOG nº 5/2010, a UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG determinará, para todos os seus servidores, uma única modalidade de gestão de saúde suplementar, mediante processo licitatório.

1.3. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.

### **2. DAS CARÊNCIAS**

2.1. O estabelecimento de carência estará regado pelas normas regulamentadas da ANS, e em comum acordo com a UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG.

2.1.1. Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início do contrato.

2.1.2. Os titulares e beneficiários do plano de saúde, vinculados ao Contrato Administrativo 15/2009, celebrado entre UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG e UNIMED/RS ficam dispensados de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária, exigíveis e já cumpridos, desde que a adesão ocorra em um prazo máximo de 60 dias a partir da data de início do contrato.

2.1.3. É isento de carência o servidor recém-empossado ocupante de cargo efetivo ou em comissão e o servidor redistribuído, bem como seus dependentes, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias contados da data do efetivo exercício.

2.1.4. É isento de carência o cônjuge, companheiro ou companheira na união estável, o companheiro ou companheira na união homoafetiva, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 30 (trinta) dias contados da data da efetiva união.

### **3. INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

3.1. Poderão inscrever-se no plano, nas seguintes categorias:

3.1.1. Na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público vinculado a órgão ou entidade da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

3.1.2. Na qualidade de dependente do servidor:

a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;

b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

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

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

f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

3.1.3. Pensionistas de servidores da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG.

3.1.4. A existência do dependente constante nas letras "a" e "b" do subitem 3.1.2. desobriga a assistência à saúde do dependente constante na letra "c" do referido subitem.

3.1.5. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados.

3.2. Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, de que trata o termo de referência, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano, junto à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG.

3.2.1. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

3.3. A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau por afinidade, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio.

3.4. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata o termo de referência.

3.5. Caberá à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à operadora conveniada ou contratada.

3.5.1. A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita de acordo com as datas que forem estabelecidas no convênio, contrato ou no regulamento ou estatuto do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

3.6. Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pela UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, que os devolverão à operadora.

3.6.1. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

3.6.2. A exclusão do servidor do plano de assistência à saúde suplementar dar-se-á pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição e demissão, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998.

3.6.3. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período

da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

3.6.4. Independentemente da situação prevista no item 3.6.2, a exclusão do servidor dar-se-á também por fraude ou inadimplência.

3.7. Caberá à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor ativo ou inativo e pensionista e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.

3.8. É assegurada a inclusão:

3.8.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, 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;

3.8.2. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.

3.9. É garantido aos servidores exonerados e redistribuídos a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com a UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3.9.1. O período de manutenção a que se refere o sub item 3.9. será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º desta Resolução.

#### **4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

4.1. 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.

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

4.2.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

4.2.2. 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;

4.2.3. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar.

4.3. 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:

4.3.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

4.3.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

4.3.3. diária de internação hospitalar;

4.3.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

4.3.5. 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;

4.3.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

4.3.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) 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;

4.3.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

4.3.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

4.3.10. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

4.3.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

4.3.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

4.3.13. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

4.3.14. 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.

4.3.15. 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.

4.3.16. 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.

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

## **5. EXCLUSÕES DE COBERTURA**

5.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 5.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 5.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 5.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 5.1.5. inseminação artificial;
- 5.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

- 5.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 5.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 5.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 5.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 5.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.1.14. aplicação de vacinas preventivas;
- 5.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 5.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 5.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 5.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

## **6. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- 6.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- 6.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 6.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:
  - 6.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;
  - 6.3.2. Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde-SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

## **7. REEMBOLSO**

7.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

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

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

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

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

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

7.2.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

7.3. 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.

## **8. REMOÇÃO**

8.1. 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.

8.2. 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:

8.2.1. 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 operadora desse ônus;

8.2.2. 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;

8.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no sub item 6.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **9. DO REAJUSTE**

9.1. Os valores do contrato poderão sofrer reajuste após o prazo de 12 (doze) meses de sua assinatura. O teto será o índice definido pela ANS para reajuste dos planos individuais/familiares (haja vista que ele leva em consideração a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários), ou outro índice oficial que venha a substituí-lo. Caberá à licitante vencedora a iniciativa do pedido, considerando a composição do pagamento.

9.1.1. Os efeitos financeiros do pedido de reajuste serão devidos a contar da data da solicitação da contratada.

9.1.2. O reajuste será oficializado mediante termo aditivo ao contrato.

## **10. DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO- FINANCEIRO**

10.1. O Valor pactuado poderá ser revisto mediante solicitação da licitante vencedora, com vistas à manutenção do equilíbrio contratual, na forma do artigo 65, Inciso II, da alínea "d", da Lei 8.666/93, e observados os subitens subseqüentes.

10.2. As eventuais solicitações deverão fazer-se acompanhar de comprovação de superveniência do fato imprevisível ou se previsível, de conseqüências incalculáveis, bem como da demonstração analítica de seu impacto nos custos do contrato.

10.3. Em caso de revisão contratual, o termo inicial do período de reajuste, ou de nova revisão, será a data em que a anterior revisão tiver ocorrido.

10.4. Os quantitativos de pessoas inscritas no Plano de Saúde, cuja operação é objeto deste contrato, podem variar dentro das regras estabelecidas neste instrumento, em função da adesão voluntária ou desligamento de beneficiários, sem ensejar a revisão dos preços.

## **11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

11.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou pela UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar

o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

11.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário.

11.3. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

11.4. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

11.4.1. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

11.4.2. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

11.4.2.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

11.5. A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

11.5.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário 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.

11.5.1.1. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

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

11.6. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

11.7. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como

aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

11.8. A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

## **12. DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE**

12.1. Caberá à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG encaminhar, à operadora contratada, as solicitações dos servidores ativos, inativos e pensionistas habilitados para a efetivação de inscrição, movimentação e de exclusão.

12.2. Os beneficiários excluídos do plano de saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pela UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, que os devolverá à operadora contratada do plano de saúde.

12.3. Caberá, à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, a exibição de documentos, que comprovem o vínculo do servidor, ativo ou inativo, e do pensionista, e a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora contratada.

12.4. Os valores repassados à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, definidos no Orçamento Geral da União, terão como base o número de beneficiários inscritos no plano de saúde, observando-se as condições definidas no art. 4º da Portaria SRH/MPOG nº 5/2010, e serão repassados à operadora do plano de saúde na data estabelecida no contrato.

12.5. A UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG atuará no acompanhamento da prestação de serviços da operadora contratada.

12.5.1. Para o acompanhamento da prestação de serviços, a UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG designará um representante da Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – PROGEP, para atuar junto à operadora do plano de saúde, nos termos do contrato.

## **13. DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

13.1. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a União, suas autarquias e fundações, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro 2004, com a redação dada pelo Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, deverão:

I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde (ANS), ou apresentar regularidade no processo instaurado junto ao mesmo órgão;

II - ter sido regularmente selecionada através de processo competente com a devida observância ao disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e na Portaria Normativa 05 SRH/MPOG, de 11/10/2010.

13.2. A operadora contratada não aplicará nenhum custo administrativo, por ocasião de inclusão, de exclusão ou de fornecimento de credenciais.

13.2.1. Todos os custos administrativos deverão estar inclusos no valor da mensalidade.

13.3. A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau por afinidade, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio.

13.4. A operadora contratada poderá admitir a inscrição de pai ou padrasto e a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor e que constem no seu assentamento funcional, mantidos os valores do Anexo II e assumido, o custeio, pelo próprio servidor.

13.5. Com base no art. 18 da Portaria Normativa 05 SRH/MPOG, de 11/10/2010, a operadora do plano de saúde ficará obrigada a:

I - oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar, na área de abrangência do órgão ou entidade ao qual está vinculado o titular do benefício, os serviços assistenciais previstos no art. 3º, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços;

II - oferecer e disponibilizar planos de saúde com coberturas e redes credenciadas diferenciadas aos servidores do órgão ou entidade da FURG;

III - oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o titular do benefício;

IV - manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

V - fornecer identificação individual aos beneficiários; e

VI - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com a FURG.

13.6. Caberá à operadora contratada encaminhar, trimestralmente, à UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

13.6.1. Os dados e os documentos, relativos à prestação de contas, estarão à disposição dos órgãos de controle interno na UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG.

13.7. Fornecer e utilizar, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, mão-de-obra especializada, com a devida habilitação.

13.8. Assumir inteira responsabilidade pela execução dos serviços contratados e efetuarlos de acordo com as especificações constantes da proposta e instruções do edital e seus anexos.

13.9. Arcar com todos os custos necessários à completa execução dos serviços.

13.10. A inadimplência da contratada para com estes encargos, não transfere à contratante a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do contrato.

13.11. Indicar um gerente de atendimento credenciado, residente em Rio Grande, com endereço e telefone, no momento da assinatura do contrato.

13.12. A empresa contratada deverá disponibilizar um representante em local designado pela contratante para atendimento aos beneficiários do plano de saúde.

13.13. A empresa contratada deverá em, no máximo 60 dias após a assinatura do contrato, disponibilizar as instalações físicas, em Rio Grande, para atendimento dos beneficiários.

13.14. Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições da habilitação e qualificação exigidas na licitação.

13.15. A operadora contratada do plano de saúde não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

13.16. A empresa contratada deverá assegurar a cobertura até a alta hospitalar autorizada pelo médico assistente, caso exista beneficiário internado ao término do contrato.

#### **14. DA CONTRATAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO**

14.1. O contrato será firmado pela UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG com a operadora do plano de saúde.

14.2. A fiscalização do contrato será feita pela PROGEP, através de servidor designado para este fim.

14.3. As irregularidades, constatadas nas supervisões ou acompanhamentos realizados, serão comunicadas aos órgãos fiscalizadores da atividade.

#### **15. DO CUSTEIO E DO PAGAMENTO**

15.1. O custeio, do plano de saúde dos beneficiários, é de responsabilidade: (a) da União no piso per capita estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e, (b) dos próprios servidores, ressalvados os casos que vierem a ser definidos em legislação específica.

15.2. No caso de opção por modalidade de plano de saúde com co-participação, além da contribuição mensal devida pelo titular do benefício, serão cobrados os serviços utilizados, nos limites da tabela do Anexo III.

15.2.1. A participação no custo dos serviços de plano de saúde com co-participação será efetivada de forma parcelada, em valores mensais não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração, provento ou pensão.

15.2.2. Eventual participação no custo dos serviços utilizados não poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, podendo ser nas modalidades de boleto bancário ou débito em conta, conforme autorização prévia do titular.

15.3. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício, dentro do prazo de sessenta (60) dias contados da constatação.

15.3.1. O período de insuficiência de margem consignável não eximirá o beneficiário da quitação dos débitos de contribuição e de participação de sua responsabilidade.