



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COORDENAÇÃO DE COMPRAS E CONTRATOS

Rua Aprígio Veloso, 882, Bairro Universitário, Campina Grande/PB, CEP 58429-900
Telefone: (83) 2101.1306/1448 - E-mail: dm@reitoria.ufcg.edu.br - Site: <http://pra.ufcg.edu.br>

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2020

A **UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG)**, torna público para conhecimento dos interessados que realizará **CREDENCIAMENTO** de Operadoras de Planos de Saúde e/ou Planos Odontológicos e Administradoras de Benefícios, visando a oferta de planos que assegurem a oferta de assistência médica e/ou odontológica, do tipo coletivo empresarial, para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos, inativos, seus dependentes legais e pensionistas da UFCG, com cobertura em todo território nacional, com enquadramento legal deste procedimento na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações; nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; na Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, e também conforme condições e especificações contidas neste Edital, no Termo de Referência e no Termo de Acordo, anexos deste instrumento.

1. DO OBJETO

1.1. **Item 1:** Credenciamento de Operadoras de Planos e Administradoras de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência à saúde suplementar registradas na ANS na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aos servidores ativos e inativos integrantes do

quadro de pessoal da UFCG, seus dependentes legais e aos pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia e em todo território nacional, com garantia de atendimento de urgência e emergência, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

1.2 **Item 2** - Credenciamento de Operadoras de Planos e Administradoras de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência odontológica, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores da UFCG ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

2. DOS PLANOS A SEREM OFERTADOS

2.1. Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Termo de Referência, Anexo I deste Edital, para que o servidor possa fazer jus ao auxílio de caráter indenizatório, no valor per capita fixado pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MP, ficando ao encargo dos servidores complementar o custeio desses planos.

2.2. Os planos oferecidos aos beneficiários da UFCG deverão ser planos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no subitem 1.4 do Termo de Referência anexo à Portaria Normativa nº 5/2010 da SHP/MP.

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

3.1. Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termos de Acordo, as empresas, ora **PROPONENTES** que:

3.1.1. Atendam às condições deste Edital e seus anexos e apresentem os documentos nele exigidos, em original ou por qualquer processo de cópia autenticada por servidor público, à vista dos originais.

3.2. Não será admitida nesse processo de credenciamento a participação de:

- a) Empresa que esteja com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso, ou que por esta tenha sido declarada inidônea;

- b) Empresa que estiver em recuperação judicial, processo de falência ou sob regime de concordata, concurso de credores, dissolução ou liquidação. Caso seja positiva a certidão de recuperação judicial ou extrajudicial, a proponente deverá apresentar a comprovação de que o respectivo plano de recuperação foi acolhido judicialmente, na forma do art. 58, da Lei nº 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, sob pena de inabilitação;
- c) Empresa sob pena de interdição do direito de contratar com o Poder Público por crimes ambientais, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.605, de 12/02/1998;
- d) Empresa que esteja reunida em consórcio e seja controladora coligada ou subsidiária, ou ainda, qualquer que seja sua forma de constituição;
- e) Empresa que tenha condenação civil por ato de improbidade administrativa, nos termos da Lei nº 8.429/1992;
- f) Empresa estrangeira que não funcione no País;
- g) No caso de empresa estrangeira, será necessária a comprovação de representante legal presente no Brasil para responder pela PROPONENTE, nas vias judicial e administrativa;
- h) Empresa cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto do presente processo de credenciamento;
- i) Cooperativa, sob nenhuma forma;
- j) Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, atuando nessa condição (ACÓRDÃO nº 746/2014-TCU-PLENÁRIO).

4. DA HABILITAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO

- 4.1. **Para Habilitação Jurídica** serão exigidos os seguintes documentos:
 - 4.1.1. Registro comercial, no caso de empresa individual;
 - 4.1.2. Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresariais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores, acompanhado de todas as alterações ou da consolidação, se for o caso;
 - 4.1.3. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento, expedido pelo órgão competente, além dos documentos previstos no art. 15 do Decreto nº 5.450/2005.

4.2. **Para Habilitação Fiscal e Trabalhista** serão exigidos os seguintes documentos:

421. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

422. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede da Administradora de Benefícios, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

423. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

424. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

425. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943;

4.2.6 Prova de Cadastro no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, nos termos do Decreto nº 3.722/2001, alterado pelo Decreto nº 4.485 de 25.11.2002, cuja confirmação da regularidade se dará mediante consulta via “*online*” no referido Sistema, no ato da abertura do certame;

4.2.6.1 Caso a empresa esteja com documento vencido no SICAF, poderá comprovar sua regularidade mediante a apresentação do documento em vigor, na forma constante dos art. 27 a 29 e 31 da Lei nº 8.666/93, os quais deverão fazer parte do envelope contendo a documentação relativa à habilitação da referida empresa.

4.2.7 Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede da empresa, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

4.2.8 Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede da empresa, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

4.2.9 Caso a empresa seja considerada isenta dos tributos municipais

relacionados ao objeto deste Edital, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda Municipal do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

4.3. **Para Habilitação Econômico Financeira** serão exigidos os seguintes documentos:

431. Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede da empresa;

432. Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta;

4.3.2.1. No caso de empresa constituída no exercício social vigente, admite-se a apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao período de existência da sociedade;

433. Comprovação da boa situação financeira da empresa mediante obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um), obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo}}{\text{Prazo Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

434. As empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices referidos no subitem acima, deverão comprovar boa situação financeira por meio de Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados, quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

4.4. **Para Habilitação Técnica e Proposta de Preços do plano de saúde (item 01)** serão exigidos os seguintes documentos:

44.1. Atestado (s) de Capacidade Técnica, emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde devidamente registrada na ANS.

4.4.1.1. Para efeito de julgamento serão considerados como similares ou compatíveis os atestados apresentados que comprovem no individual ou somatório, a prestação de serviços em quantidades iguais ou superiores a 30% (trinta por cento) da estimativa de beneficiários previstos para este credenciamento.

44.2. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre sua experiência na permissão de aproveitamento de carências;

44.3. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela ANS a atuar como Operadora de Planos de saúde ou como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 196/09;

44.4. Declaração expedida pela ANS de que possui responsável pela área técnica de saúde, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255, de 18 de maio de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários.

44.5. Certidão expedida pela ANS de que a empresa atende as exigências de ativos (depósitos) garantidores, exigíveis na forma da lei, constantes da Resolução Normativa ANS nº 203, de 01/10/2009;

44.6. No caso de Administradora de Benefícios, Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com no mínimo 02 (duas) operadoras nacionais de Planos de Saúde em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a UFCG.

44.7. Estipular plano(s) o(s) qual(is) deverá (ão) contemplar as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários.

44.8. Comprovação de que dispõe de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no item 18 do Anexo I deste Edital, na área de abrangência estabelecida pela UFCG, a qual está vinculado o titular do benefício.

44.9. Declaração de no mínimo 04 (quatro) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo ser apresentadas, **obrigatoriamente**, declarações do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal.

4.4.10. Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência da UFCG, a qual está vinculado o titular do benefício, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;

4.4.11. **Proposta de preços** para os respectivos planos ofertados, feita especialmente para a UFCG. (No caso de Administradora de Benefícios, deverão ser apresentadas propostas de no mínimo 02 (duas) operadoras nacionais de planos de assistência médica conveniadas).

4.4.11.1. Os preços da referida proposta deverão ser cotados “*per capita*”, por faixa etária, conforme informações contidas no Anexo V deste Edital, sendo apresentados por meio de uma tabela de preços e respeitando-se as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 22/12/2003.

4.4.11.2. Nos preços apresentados deverão estar inclusos todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços.

4.4.12 Comprovação de que o preço proposto é compatível com o preço praticado pela empresa no mercado.

4.5. **Para Habilitação Técnica e Proposta de Preços do plano odontológico (item 02)** serão exigidos os seguintes documentos:

4.5.1. Atestado de Capacidade Técnica, emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde devidamente registrada na ANS.

4.5.1.1. Para efeito de julgamento serão considerados como similares ou compatíveis os atestados apresentados, que comprovem no individual ou somatório, ter prestado serviços em quantidades **iguais ou superiores a 20% (vinte por cento)** da estimativa de beneficiários previstos para este credenciamento.

4.5.2. Documento comprobatório de que esteja devidamente autorizada pela ANS a atuar como Operadora de Planos de Saúde ou Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 196/09;

4.5.3. Declaração expedida pela ANS de que possui responsável pela área técnica de saúde, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255, de 18 de

maio de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários.

454. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre sua experiência na permissão de aproveitamento de carências;

455. Certidão expedida pela ANS de que a empresa atende as exigências de ativos (depósitos) garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa ANS nº 203, de 01/10/2009.

456. Declaração de no mínimo 04 (quatro) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo ser apresentadas, **obrigatoriamente**, declarações do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal.

457. Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência da UFCG, a qual está vinculado o titular do benefício, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;

458. No caso de Administradora de Benefícios, Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com no mínimo 01 (uma) operadora de Plano Odontológico em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a UFCG.

459. Estipular plano(s) o(s) qual(is) deverá (ão) contemplar as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários..

45.10. Comprovação de que dispõe de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no item 18 do Anexo I deste Edital, na área de abrangência estabelecida pela UFCG, a qual está vinculado o titular do benefício.

45.11. Proposta de preços para os respectivos planos ofertados, feita especialmente para a UFCG. (No caso de Administradora de Benefícios, deverão ser apresentados propostas de no mínimo 01 (uma) operadora nacional de Plano Odontológico conveniada).

4.5.11.1. Os preços da referida proposta deverão ser cotados em preço “*per capita*”, por faixa etária, conforme informações contidas no Anexo V deste Edital, sendo apresentados por meio de uma tabela de preços e respeitando as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 22/12/2003.

4.5.11.2. Nos preços apresentados deverão estar inclusos todos os

tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços.

4.5.12 Comprovação de que o preço proposto é compatível com o preço praticado pela empresa no mercado.

4.6. A empresa cadastrada e habilitada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF) poderá deixar de apresentar documentos que já constem no SICAF, estando todas obrigadas, ainda, à apresentação dos seguintes documentos:

- a) Declaração, conforme § 2º do art. 32 da Lei nº 8.666/93, de que inexistente fato superveniente impeditivo da habilitação, conforme modelo constante do Anexo II deste Edital, juntamente com a proposta de preços;
- b) Declaração que não emprega menor, conforme disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, em cumprimento ao estabelecido no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, conforme modelo constante do Anexo III deste Edital.

4.7. Documentos apresentados com a validade expirada acarretarão na inabilitação da Administradora de Benefícios/Operadora de Planos.

4.8. Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados deverão estar em nome da Administradora de Benefícios/Operadora de Planos e com número do CNPJ e endereço respectivo:

- a) Se a empresa for a matriz, todos os documentos devem estar em nome da matriz;
- b) Se a empresa for a filial, todos os documentos devem estar em nome da filial, podendo ser apresentados documentos que, pela própria natureza, comprovadamente são emitidos em nome da matriz.
- c) Atestados de capacidade técnica ou de responsabilidade técnica poderão ser apresentados em nome e com o número do CNPJ da matriz ou da filial da empresa.

4.9. Não serão aceitos documentos cujas datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados.

4.10. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos requeridos neste Edital e seus Anexos.

5. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

5.1. A entrega dos documentos poderá ocorrer a partir da data de publicação do Edital, via e-mail para o endereço eletrônico: cpl@reitoria.ufcg.edu.br ou pessoalmente na sala da Comissão Permanente de Licitação, situada no prédio da Coordenação de Compras e Contratos da UFCG, Bloco AO (próximo à Prefeitura Universitária), no horário de 08:00 às 12:00 e 14:00 às 18:00, de segunda à sexta-feira, podendo-se obter maiores informações através do telefone (83) 2101.1656, como também o envio poderá ser, via postal para Comissão Especial de Credenciamento, na Avenida Aprígio Veloso, nº 882 – Bairro Universitário, CEP 58.429-900. Campina Grande-PB, sala da Comissão Permanente de Licitação, situada no prédio da Coordenação de Compras e Contratos da UFCG.

5.2. Todas as referências de tempo neste Edital observarão obrigatoriamente o horário oficial de Brasília/DF.

6. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

6.1 As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento objeto deste Edital deverão, obrigatoriamente, apresentar, no local e prazo constante do item 5 acima, **documentação descrita no item 4 deste Edital, juntamente com sua proposta de preços para credenciamento**, em papel timbrado.

6.2. Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope lacrado, opaco e contendo as seguintes informações:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – PLANO DE SAÚDE/ODONTOLÓGICO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG EDITAL DE CREDENCIALMENTO Nº ____ / ____ RAZÃO SOCIAL: ____ CNPJ: ____

6.3. O credenciamento será permitido a qualquer momento, desde que sejam atendidos os requisitos fixados no regulamento.

6.4. As informações prestadas, assim como a documentação entregue, são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.

6.5. A apresentação da documentação implica no aceite do interessado em participar do processo de credenciamento junto à UFCG e submissão, independentemente

de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus Anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de documento diverso do exigido no presente Edital.

7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

7.1 Qualquer interessado poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de credenciamento, exclusivamente por meio eletrônico, por meio do e-mail cpl@reitoria.ufcg.edu.br, até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para a abertura dos envelopes, nos termos do art. 41 e §§ da Lei nº 8.666/93.

7.2 Caberá à Comissão Especial de Credenciamento decidir sobre a petição de impugnação no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da data do recebimento do e-mail, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

7.3 Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação desse procedimento.

8. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

8.1 A análise e julgamento serão processados em conformidade com as condições estipulados neste Edital e seus anexos;

8.2 Serão declarados inabilitados os interessados que:

8.2.1 Por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública;

8.2.2 Deixarem de apresentar qualquer documentação exigida no item 4 e 5 deste Edital e seus anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido.

9. DOS RECURSOS

9.1. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 03 (três) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação do resultado do credenciamento, ficando, nesse período, franqueadas vistas ao processo junto à Comissão Especial de Credenciamento, na Avenida Aprígio Veloso, nº 882 – Bairro Universitário, CEP 58.429-900. Campina Grande-PB.

9.1.1. O recurso poderá ser protocolado da seguinte forma:

9.1.1.1. No Protocolo da UFCG, situado no endereço constante do subitem 9.1 deste Edital;

9.1.1.2. Por meio eletrônico, via Sistema Eletrônico de Informações, disponível no sítio https://sei.ufcg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=usuario_externo_logar&id_org_ao_acesso_externo=0 em que o usuário externo solicitará um cadastro para acessar o referido sistema. O recurso deverá ser encaminhado à unidade CPL-PRGAF.

9.12. O recurso será endereçado à Comissão Especial de Credenciamento, ficando estabelecido o prazo de até 03 (três) dias úteis para reconsiderá-lo ou encaminhá-lo devidamente informado à autoridade superior, que terá até 03 (três) dias úteis para análise e decisão.

9.13. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso.

9.1.4 Não serão aceitos recursos via postal, fax ou correio eletrônico, nem fora dos prazos e padrões estabelecidos neste instrumento.

9.1.5 Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor o recurso.

9.1.6 Não será admitido mais de um recurso do interessado versando sobre o mesmo motivo de contestação.

9.1.7 Decidido em todas as instâncias administrativas acerca dos recursos interpostos, e havendo alteração do resultado do julgamento, haverá publicação desta alteração no Diário Oficial da União.

10. DA HOMOLOGAÇÃO E CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

10.1. Serão declaradas HABILITADAS para o credenciamento todas as empresas que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial da União.

10.2. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à Autoridade Competente da UFCG para homologação.

10.3. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas, as empresas consideradas aptas ao credenciamento serão convocadas para firmar Termo de Acordo de

Cooperação Técnica com a UFCG, com **vigência de 60 (sessenta) meses**, a contar da data de sua assinatura, conforme minuta constante do Anexo IV, a qual será adaptada à proposta da empresa credenciada.

103.1. A proposta apresentada por empresa que já seja credenciada pela Universidade Federal de Campina Grande, deverá oferecer preços e condições que assegurem a manutenção das situações decorrentes das contratações de planos de saúde já firmados pelos beneficiários em decorrência do referido Credenciamento, em especial ao que se refere ao interregno mínimo de 12 (doze) meses de aplicação do último reajuste, nos termos do art. 19 da Resolução Normativa ANS nº 195/2009.

10.4. A UFCG convocará a (s) empresa (s) apta (s) ao credenciamento para assinar o (s) respectivo (s) Termo (s) de Acordo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para tal, sob pena de decair do direito ao credenciamento, no caso de descumprimento do prazo fixado.

11. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

11.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da UFCG, a ser repassado diretamente para a Credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades dos planos de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

11.2. O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, a ser indicada no ato de adesão pelo beneficiário.

12. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DO TERMO DE ACORDO CELEBRADO COM A (S) CREDENCIADA (S)

12.1. A UFCG realizará acompanhamento da execução dos Termos de Acordos assinados, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento, devendo quaisquer ocorrências de descumprimento ser registradas em relatórios específicos e juntadas ao processo de credenciamento.

12.2. Qualquer irregularidade identificada pelos usuários ou administrados durante a prestação dos serviços, poderá ser denunciada através do e-mail srh@reitoria.ufcg.edu.br.

12.3. O acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Acordo objeto do presente Edital consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços com as obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do

ajuste, devendo ser exercidos por uma **Comissão de Fiscalização**, designada através de Portaria emitida pela autoridade competente.

12.4. A Comissão de Fiscalização será composta por 03 (três) servidores do quadro efetivo da UFCG, sendo 01 (um) lotado na Secretaria de Recursos Humanos e 02 (dois) lotados na Pró-Reitoria de Gestão Administrativo-Financeira.

12.5. À Comissão de Fiscalização compete registrar e apurar denúncia de irregularidade na execução dos serviços; emitir relatório circunstanciado com caráter sugestivo e elaborar instrumento de avaliação periódica da prestação dos serviços, bem como da manutenção das condições iniciais de habilitação.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO

13.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, as Credenciadas, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:

a) advertência por escrito;

b) multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (meio por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora (s), do Plano de Saúde/Odontológico, porventura, inadimplente (s), por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial. Caso a operadora seja conveniada a uma Administradora de Benefícios credenciada, esta fará a indicação da operadora.

c) multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde/Odontológico no caso de inexecução total dos serviços. Caso a operadora seja conveniada a uma Administradora de Benefícios credenciada, esta fará a indicação da operadora.

d) suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Equipe de Fiscalização;

e) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade.

13.2 As sanções previstas no *caput* desta Cláusula serão precedidas de procedimento em que será facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

13.3. As sanções previstas nos subitens “a” e “b” poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens “d” e “e”, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

13.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Edital de Credenciamento e/ou no Termo de Acordo, ou, ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação à UFCG, apuradas em processo administrativo;

13.5. A credenciada poderá denunciar o ajuste a qualquer tempo, desde que a Administração seja notificada com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

14. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

14.1. O presente Edital de Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar o ato de revogação.

14.2. Tendo em vista o caráter contínuo do credenciamento, o presente Edital poderá ser objeto de modificações ao longo do tempo. Portanto, a adesão a seus termos, implica aceitação e vinculação às modificações supervenientes.

15. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

15.1. O presente credenciamento se inicia a partir da data de publicação do Edital, com prazo de vigência indeterminado, no interesse da Administração, sendo possível a manifestação de interesse na adesão a este credenciamento, a qualquer tempo.

15.2. O prazo de vigência do Acordo de Cooperação Técnica entre a Credenciada e a UFCG será de 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de assinatura do Termo de Acordo de Cooperação Técnica, podendo ser denunciado a qualquer tempo, com comunicação prévia de 90 (noventa) dias.

15.3. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, bem como em caso de real necessidade, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da UFCG poderão ser objeto de reajuste anual ou periódico, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

15.4. Os reajustes, quando pleiteados pela credenciada, deverão ser previamente comunicados e as alterações nos custos demonstradas à UFCG, devendo haver negociação em

conjunto, entre a Credenciada e a UFCG, por intermédio da Secretaria de Recursos Humanos.

16. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação ao processo de credenciamento.

16.2. A inobservância por parte do interessado, em qualquer fase do processo de credenciamento, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando na sua exclusão do certame.

16.3. A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

16.4. É de inteira responsabilidade do interessado o acompanhamento das informações e dos resultados divulgados no Diário Oficial da União.

16.5. Os casos omissos serão dirimidos pela Secretaria de Recursos Humanos, situada na Avenida Aprígio Veloso, nº 882 – Bairro Universitário. Campina Grande-PB, CEP: 58.429-900 ou no endereço eletrônico: srh@reitoria.ufcg.edu.br

16.6. É facultada à Comissão Especial de Credenciamento ou à Autoridade Competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

16.7. O credenciamento de Operadoras de Planos/Administradoras de Benefícios não gera obrigações futuras de adesão aos planos ofertados, uma vez que estas serão realizadas mediante o critério da escolha do próprio servidor interessado, o qual analisará as opções disponíveis e escolherá a que melhor lhe aprouver.

16.8. O foro designado para julgamento de quaisquer questões judiciais resultantes deste Edital será o da cidade de Campina Grande-PB.

16.9. Constituem partes integrantes deste Edital:

- a) Anexo I - Termo de Referência;
- b) Anexo II - Modelo de Declaração de Fatos Impeditivos;
- c) Anexo III – Modelo de Declaração do Trabalho do Menor;
- d) Anexo IV – Minuta do Termo de Acordo de Cooperação Técnica;
- e) Anexo V – Quantitativo de servidores ativos, inativos e pensionistas da UFCG por faixa etária.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CRENCIAMENTO Nº 001/2020
Processo SEI Nº 23096.024263/2019-14

Anexo I
TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. **Item 1** – Credenciamento de Operadoras de Planos de Saúde e Administradoras de Benefícios, visando a oferta de planos que assegurem a oferta de assistência médica, nacionais registrados na ANS na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aos servidores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pelo fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666 de 1993, Lei 9.656/98, nas Resoluções Normativas nº 387, de 21 de outubro de 2015, nº 195, de 14 de junho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 167, de 09 de janeiro de 2008 e nº 259, de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como da Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

1.2. **Item 2** - Credenciamento de Operadoras de Planos Odontológicos e Administradoras de Benefícios, visando a oferta de planos que assegurem a oferta de assistência odontológica, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

1.3. A(s) administradora(s) de benefícios Credenciada(s) poderá(ão), durante a vigência do Termo de Acordo, acrescentar outras operadoras de planos de assistência médica e/ou odontológica, além dos que foram oferecidos durante o procedimento de credenciamento.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. Proporcionar aos servidores, seus dependentes e pensionistas condições para manutenção da saúde física e mental;

2.2. Em 12/10/2010 foi publicada a Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SRH/MP) – Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências;

2.3. Dentre as possibilidades trazidas pela citada Portaria, a contratação de operadora de planos de saúde e odontológico apresenta-se como opção vantajosa ao servidor, pois permite a contratação por preços menores, decorrente da maior quantidade de beneficiários, e possibilita melhor gestão por parte da UFCG quanto à assistência à saúde; e

2.4. Dessa forma, com este instrumento pretende-se garantir a prestação de serviços de assistência à saúde dos servidores ativos e inativos da UFCG, seus dependentes e pensionistas.

3. DA CONCEITUAÇÃO

3.1. Para fins deste documento, considera-se:

3.1.1. USUÁRIOS - os inscritos no Programa de Assistência à Saúde, na condição de beneficiários titulares, dependentes e pensionistas.

3.1.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – servidores ativos e aposentados, os ocupantes de cargo ou função de direção ou chefia, os ocupantes de cargo de Natureza Especial, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados e os pensionistas da Universidade Federal de Campina Grande.

3.1.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.

3.1.4. PENSIONISTA – beneficiário de pensão de instituidores de pensão, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.

3.1.5. AGREGADO – membro do grupo familiar do beneficiário titular, que não atende à condição de dependente, na forma estabelecida no item 6.1.1.2 deste Termo de Referência.

3.1.6. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - O valor correspondente ao plano de saúde contratado perante a administradora de benefícios, referente ao grupo familiar, para pagamento na forma escolhida, indicada no ato da adesão do beneficiário titular.

3.1.7. AUXÍLIO INDENIZATÓRIO – valor devido ao beneficiário titular, para custeio parcial de seu benefício e de seus dependentes, mediante ressarcimento consignado no contracheque do mês subsequente à apresentação pelo servidor do comprovante de pagamento do plano de saúde.

3.1.8. REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

3.1.9. ABRANGÊNCIA DA REDE – localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, deverão oferecer rede Credenciada na área de abrangência geográfica da Agência Nacional de Aviação Civil, em todo o território nacional, ou a critério do servidor na forma disciplinada neste Termo de Referência.

3.1.10. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual a Universidade Federal de Campina Grande celebrará Acordo de Cooperação Técnica devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica.

3.1.11. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 338, de 21/10/2013, e demais resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.

3.1.12. TIPOS DE PLANOS – A Administradora/Operadora de Plano deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e/ou sem coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

3.1.13. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

3.1.14. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante conforme item 10.1.2 do Termo de Referência da Portaria Normativa SRH/MP nº 5/2010.

3.1.15. PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

3.1.16. REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

3.1.17. TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao Termo de Acordo firmado entre a UFCG e a Credenciada.

3.1.18. CO-PARTICIPAÇÃO – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

3.1.19 PLANO ODONTOLÓGICO - O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I da Resolução Normativa nº 338/2013 da ANS para a segmentação odontológica.

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. São considerados beneficiários titulares: os servidores ativos e inativos integrantes do quadro de pessoal da UFCG, os servidores de cargos de natureza especial da UFCG, os servidores de cargos comissionados com e sem vínculo com a Administração Pública Federal e os pensionistas. No caso dos pensionistas, somente será assegurado o direito a inclusão no Plano de Assistência à Saúde o beneficiário que já configure como dependente no plano de saúde do servidor falecido.

4.2. São considerados beneficiários dependentes:

4.2.1. o cônjuge ou companheiro(a) em união estável;

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

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

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

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

4.2.6. o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 4.2.4 e 4.2.5;

4.2.7. a existência de dependentes constantes nos itens 4.2.1 e 4.2.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 4.2.3;

4.2.8 o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, desde que o beneficiário titular assumo o valor do custeio, observados os mesmos valores por ele contratados, de acordo com a faixa etária do beneficiário.

4.3. Somente o servidor ativo e inativo integrante do quadro de pessoal da UFCG, o servidor de cargo de natureza especial da UFCG e o servidor de cargo comissionado da UFCG com e sem vínculo com a Administração Pública Federal poderão inscrever beneficiário na condição de dependentes.

4.4. A Credenciada poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde pertencente ao grupo familiar do beneficiário titular, desde que o titular assumo integralmente o respectivo custeio.

4.4.1. Para fins do item 3.4, são considerados membros do grupo familiar do servidor:

4.4.1.1. mãe, pai, madrasta e padrasto;

4.4.1.2. os filhos e enteados que não satisfaçam as condições dos itens 4.2.4 e 4.2.5;

4.4.1.3. os irmãos; e

4.4.1.4. os netos.

5. DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO

5.1. Os beneficiários titulares poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, pago mediante ressarcimento, por beneficiário, desde que, comprovadamente, o plano contratado atenda às coberturas mínimas exigidas no rol mínimo de procedimentos vigente estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

5.2. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago conforme o estabelecido na Portaria Normativa SRH/MP nº 01 de 09/03/2017.

6. DA COPARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

6.1. Caso o plano contratado possua coparticipação financeira nos custos dos serviços o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia, no percentual definido pela Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento.

6.2. A participação no custo dos serviços utilizados poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, mediante autorização de débito em conta corrente, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

6.3. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência a que estiver vinculado, será exigida, nessa hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

7. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7.1. A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a Operadora/Administradora de Benefícios.

7.2. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.

7.3. O beneficiário titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Operadora/Administradora de Benefícios, para solicitar as suas adesões e dos seus dependentes,

se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após esse prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 9.3.

7.4. O beneficiário titular que ingressar na UFCG após a data a que se refere o subitem 7.3, disporá do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrar em exercício, para solicitar a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruir dos serviços abrangidos. Após esse prazo, o beneficiário deve cumprir as carências estabelecidas no subitem 9.3.

7.5. Os beneficiários agregados, na forma estabelecida no subitem 3.4 deste instrumento, que não aderirem nos prazos estipulados dos subitens 7.3 e 7.4, cumprirão as carências estabelecidas no subitem 9.3.

7.6. Os pensionistas disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Operadora/Administradora de Benefícios, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, desde que já configure como dependente, no plano de saúde, do servidor falecido, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 9.3.

7.7. Os pensionistas e demais beneficiários de titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto à Secretaria de Recursos Humanos da UFCG e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato de concessão da pensão, para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 9.3.

7.8. Os servidores ativos permanentes da UFCG, incluídos no Programa de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará a exclusão também de seus dependentes e agregados.

7.9. Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos e inativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Programa de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 9.3.

7.10. Aqueles que perderem a condição de elegibilidade poderão seguir a regra do subitem 4.4.1.

7.11. Fica sujeita à carência prevista no subitem 9.3. a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário titular, ou por perda da condição de dependente.

7.12. Em nenhuma hipótese poderá qualquer usuário usufruir de mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

7.13. A solicitação de exclusão de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde poderá ocorrer a qualquer tempo a pedido do titular do plano conforme a RN ANS nº 412/2016.

7.14. Caberá à UFCG a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos, seus dependentes, e pensionistas, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o membro ou servidor, quando solicitados pela Credenciada.

7.15. Poderá haver transferência de plano inferior para superior, ou vice-versa, desde que obedecidas as condições estabelecidas pelas Credenciadas.

7.16. Os atuais beneficiários da UFCG poderão manter os contratos nos planos de saúde/odontológicos firmados anteriormente, caso esse(s) venha(m) a ser habilitado(s) no presente certame.

8. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.1. A exclusão do titular no Programa de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

8.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, 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.

8.3. Ressalvadas as situações previstas no item 8.1 a Credenciada poderá promover a rescisão unilateral do contrato do beneficiário titular por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

8.4. O servidor que mantiver o recolhimento mensal de sua respectiva contribuição ao Plano de Seguridade Social do Servidor Público, nos termos do §3º do art. 183 da Lei nº 8.112, de 1990, fará jus ao benefício de que trata o art. 2º da Portaria Normativa SRH/MP nº 1, de 09/03/2017.

8.5. É de responsabilidade do beneficiário titular solicitar, formalmente à Credenciada, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

8.6. Os beneficiários excluídos do Programa de Assistência à Saúde da UFCG serão responsáveis pela devolução imediata à Credenciada de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

8.7. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

9. DA CARÊNCIA

9.1. Não poderá ser exigida nenhuma carência para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde:

9.1.1. dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 7;

9.1.2. em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura.

9.1.3. para consultas médicas.

9.2. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

9.3. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 7, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS.

10. DA PORTABILIDADE

10.1. A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS (RN nº 438/2018 e alterações posteriores).

11. DOS BENEFÍCIOS

11.1. A Operadora de Planos Credenciada e as Operadoras de Planos de conveniadas à Administradora de Benefícios Credenciada, cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN 338, de 21/10/2013.

12. DAS EXCLUSÕES

12.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei.

12.2. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

12.2.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

12.2.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

12.2.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

12.2.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

- 12.2.5. inseminação artificial;
- 12.2.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 12.2.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 12.2.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 12.2.9. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 12.2.10. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 12.2.11. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 12.2.12. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 12.2.13. aplicação de vacinas preventivas;
- 12.2.14 necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 12.2.15 aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 12.2.16 aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 12.2.17 procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- 12.2.18 consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 12.2.19 Cobertura não prevista no caso de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

13. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

13.1. Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

- 13.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- 13.1.2. 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.
- 13.1.3. 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:

13.1.4. 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;

13.1.5. Caberá à operadora Credenciada e à operadora contratada pela Administradora de benefícios Credenciada 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 à continuidade do atendimento.

13.1.6. Excepcionalmente, o beneficiário poderá contratar plano que contenha cláusula de extensão da cobertura assistencial, por prazo determinado, limitado a 30 dias, no caso de urgência e emergência quando em serviço fora da área de abrangência ou no exterior.

14. DO REEMBOLSO

14.1. 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 pelas CREDENCIADA, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

14.1.1. 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;

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

14.1.3. 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 trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

14.1.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede Credenciada por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pela Credenciada no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

14.1.5. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar à Credenciada os seguintes documentos:

14.1.5.1. 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;

14.1.5.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

14.2. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

15. DA REMOÇÃO

15.1. Fica 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.

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

15.2.1. 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;

15.2.2. A Credenciada deverá disponibilizar ambulância terrestre e/ou aérea, nos casos em que houver disponibilização pela Credenciada e o beneficiário tiver contratado produto que contemple esse benefício, 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;

15.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 13.1.4, a Credenciada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

16. DA UTI MÓVEL (PRONTO SOCORRO MÓVEL)

16.1. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontra, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

16.2. São considerados quadros clínicos de emergência:

cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e

acidente vascular cerebral;

respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;

neurológicos - síncope, convulsão, coma;

comas metabólicos;

politraumatismos graves;

afofamentos;

choques elétricos;

intoxicações graves;

anafilaxia; e

toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

16.3. A solicitação do atendimento deverá ser requerida através de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções durante as 24 horas, em todos os dias.

17. DAS ACOMODAÇÕES

17.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede Credenciada, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante conforme resolução vigente da ANS.

PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

17.2. 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.

17.3. Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e/ou sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

17.4. A Credenciada poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Termo de Referência, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na Portaria Normativa nº 1/2017 do MP.

18. REDE CREDENCIADA

18.1. A Credenciada deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos servidores da UFCG (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

18.2. A Credenciada deverá oferecer a rede Credenciada de Assistência Médico-Hospitalar e/ou Odontológica na área de abrangência da UFCG, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.

18.3. A Credenciada deverá manter a rede Credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

19. DAS OBRIGAÇÕES

19.1. São obrigações da CREDENCIADA:

19.1.1. disponibilizar aos beneficiários da UFCG, planos de assistência odontológica e de assistência médico-hospitalar, devidamente registrados na ANS que disponibilizem cobertura nacional, podendo, ainda, apresentar produtos regionais.

19.1.2. defender os interesses dos beneficiários, no tocante aos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a manutenção da rede Credenciada;

19.1.3. realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência odontológica/médica/hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da UFCG;

19.1.4. orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;

19.1.5. exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto à UFCG, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

19.1.6 efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

19.1.7. assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;

19.1.8. efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados para a prestação dos serviços de assistência à saúde;

19.1.9 efetivar a cobrança dos planos de assistência odontológica/médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos beneficiários;

19.1.10. responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras, no caso de administradora de benefícios, apresentando mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde, visando à prestação de contas;

19.1.11. informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados;

19.1.12. elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

19.1.13 executar, quando solicitado pela UFCG, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a UFCG;

19.1.14. intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, no caso de administradora de benefícios;

19.1.15. disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

19.1.16. comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;

19.1.17. proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possui profissional habilitado e registrado no CRM e CRO, observando o que dispõe a RN ANS 255/2011;

19.1.18 comprovar, no caso de administradora de benefícios, o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

19.1.19 emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:

19.1.20. Perfil Demográfico da Carteira;

19.1.21. Relatório de sinistralidade;

19.1.22. Indicadores sobre a Utilização;

a) Beneficiários;

b) Prestadores.

19.1.23. Casos Crônicos e de Risco;

a) Identificação de casos Crônicos;

b) Descrição das Patologias.

19.2. A Credenciada deverá manter nas dependências da UFCG em Campina Grande-PB, e nas demais cidades onde houver unidade da UFCG, quais sejam: Sumé, Cuité, Pombal, Sousa, Patos e Cajazeiras, posto de apoio para atendimento aos servidores, pelo prazo mínimo de 10 (dez) dias ininterruptos contados da assinatura do Termo de Acordo de Cooperação Técnica.

19.3. São obrigações das OPERADORAS:

19.3.1. Caberão às Operadoras, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo de Cooperação Técnica, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações; das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; da Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; das orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico; e demais normas pertinentes ao assunto.

19.3.2. oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

19.3.3. realizar o pagamento do reembolso nos seguintes termos:

a) 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, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

b) em situações que impeçam o atendimento da rede Credenciada, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

19.3.4. para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde Credenciadas ou contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:

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.

19.3.5. zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

19.3.6. não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

19.3.7. fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

19.3.8. fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede Credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários);

19.3.9. manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do Termo de Acordo com a UFCG;

19.3.10. fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a alínea “s” do item 19.1;

19.3.11. assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;

19.3.12. deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

19.4. São obrigações da UFCG sem ônus financeiro para a Administração:

19.4.1. colocar à disposição da CREDENCIADA, informações e dados cadastrais dos beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

19.4.2. permitir à Credenciada a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

19.4.3. permitir aos profissionais da Credenciada o acesso às dependências da UFCG em Campina Grande-PB e nas demais cidades onde houver unidade da UFCG, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

19.4.4. acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordo, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento;

19.4.5. acompanhar a atuação da (s) Credenciada (s) perante os servidores quanto ao cumprimento das disposições das normas vigentes.

20. REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

20.1. A empresa interessada em firmar Termo de Acordo de Cooperação Técnica com a UFCG deverá cumprir as seguintes condições:

20.1.1. Estar devidamente registrada na ANS como operadora de planos ou administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;

20.1.2. Estipular, plano(s) de saúde que contemplem as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;

20.1.3. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

20.1.4. Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde. Em caso de administradora de benefícios, por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;

20.1.5. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências;

20.1.6 Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, relativa ao 2º trimestre de 2018, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;

20.1.7. Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;

20.1.8. Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários da UFCG, na forma exigida neste Termo;

20.2. Em caso de Administradora de Benefícios, apresentar à UFCG os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a UFCG.

21. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

21.1. O Acordo de Cooperação Técnica entre a UFCG e a Credenciada terá prazo de vigência de 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de assinatura do Termo de Acordo de Cooperação Técnica, podendo ser denunciado a qualquer tempo, com comunicação prévia de 90 (noventa) dias.

21.2. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, bem como em caso de real necessidade, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da UFCG poderão ser objeto de reajuste anual ou periódico.

21.3. As alterações nos preços, quando pleiteadas pela Credenciada, deverão ser previamente comunicadas e demonstradas à UFCG, por intermédio da Secretaria de Recursos Humanos.

22. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

22.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da UFCG a serem repassado diretamente para a Credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

22.2. O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN 162/2007).

23.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

23.3. A Credenciada deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo de Cooperação Técnica, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

23.4. As exclusões de usuários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços pela Secretaria de Recursos Humanos, observado o constante do item 7 deste Termo de Referência. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Credenciada.

23.5. As operadoras de Plano de Saúde/Odontológico Credenciadas e/ou contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se no 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, de 1998.

23.6. Não caberá às Operadoras de Plano de Saúde/Odontológico Credenciadas e/ou às contratadas pelas Administradoras de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem danos à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

23.7. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde/Odontológico Credenciadas e/ou operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada

ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às Credenciadas efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

23.8. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora de Plano de Saúde do Programa de Assistência à Saúde.

23.9. As operadoras de Plano de Saúde/Odontológico Credenciadas e as contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

23.10. 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.

23.11. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade da Credenciada 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.

23.12. 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.

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

23.14. Os parâmetros a serem adotados em relação ao reajuste de preços serão os estabelecidos levando-se em consideração o índice de sinistralidade de 70% apurado no mês de aniversário do contrato.

23.15. Os casos omissos serão dirimidos pela Secretaria de Recursos Humanos da UFCG em conjunto com a Credenciada.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COORDENAÇÃO DE COMPRAS E CONTRATOS

Rua Aprígio Veloso, 882, Bairro Universitário, Campina Grande/PB, CEP 58429-900
Telefone: (83) 2101.1306/1448 - E-mail: dm@reitoria.ufcg.edu.br - Site: <http://pra.ufcg.edu.br>

ANEXO II

D E C L A R A Ç Ã O DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

MODELO

REF: CREDENCIAMENTO Nº

(nome da empresa) _____, inscrito no CNPJ nº _____ declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no Credenciamento Nº xxx, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e data

Nome Representante Legal

CPF nº

Observação:

Esta declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa proponente e carimbada com o número do CNPJ.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COORDENAÇÃO DE COMPRAS E CONTRATOS

Rua Aprígio Veloso, 882, Bairro Universitário, Campina Grande/PB, CEP 58429-900
Telefone: (83) 2101.1306/1448 - E-mail: dm@reitoria.ufcg.edu.br - Site: <http://pra.ufcg.edu.br>

ANEXO III

D E C L A R A Ç Ã O Q U E N Ã O E M P R E G A M E N O R

MODELO

REF: CREDENCIAMENTO Nº

(nome da empresa)....., inscrito no CNPJ nº
....., declara, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21
de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega
menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de
dezesesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Local e data

Nome Representante Legal

CPF nº

Observação:

Esta declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa proponente e carimbada
com o número do CNPJ.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

ANEXO IV

TERMO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

TERMO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA N° _____/2020

PROCESSO SEI N° 23096.024263/2019-14

TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI CELEBRAM A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE E A
OPERADORA / ADMINISTRADORA BENEFÍCIOS _____
_____P ARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR AOS SERVIDORES ATIVOS E
INATIVOS, DEPENDENTES E PENSIONISTAS.

A Universidade Federal de Campina Grande, com sede na Avenida Aprígio Veloso, N° 882, Bairro Universitário. CEP 58.429-900. Campina Grande-PB. CNPJ sob o n° 05.055.128/0001-76, neste ato representado pelo Magnífico Reitor, o Senhor VICEMÁRIO SIMÕES, nomeado pela Portaria n° XXX, publicada no D.O.U. de XXX, e de conformidade com as atribuições conferidas pela Portaria n° , publicada no D.O.U. de de de , doravante denominada UFCG e a

_____, inscrita no CNPJ/MF sob o n° _____, com sede no _____, doravante denominada _____, neste ato representada pelo(a) Senhor(a) _____, (nacionalidade), (estado civil), (profissão) portador(a) da Cédula de Identidade n° _____, expedida pela _____ e CPF n° _____, residente e domiciliado(a) na _____, com fundamento no art. 116 da Lei n° 8.666, de 21 de junho de 1993, e no que consta no Processo n° _____ resolvem assinar o presente TERMO DE ACORDO com as cláusulas e condições a seguir:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1. Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como Administradora de Benefícios visando a oferta de no mínimo 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica e de no mínimo 2 (duas) operadoras de planos de saúde particular, do tipo coletivo empresarial, para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos integrantes do quadro de pessoal da UFCG, seus dependentes e aos pensionistas, bem como aos servidores de cargos de natureza especial da UFCG, de cargos comissionados da UFCG com e sem vínculo com a Administração Pública Federal e seus dependentes e aos pensionistas, com cobertura em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações; pelas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; pela Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; especificações técnicas constantes no Termo de Referência; e demais orientações pertinentes ao assunto.

SUBCLÁUSULA ÚNICA - Este instrumento de Acordo guarda inteira conformidade com os termos do Edital de Credenciamento nº __/2020, do Termo de Referência - anexo do Edital e do Processo nº 23096.024263/2019-14, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Credenciada.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1. As obrigações da CONTRATANTE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo do Edital.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. Os BENEFICIÁRIOS são aqueles previstos no Termo de Referência, anexo do Edital.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS SANÇÕES

4.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a credenciada, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

1. advertência por escrito;

2. multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente(s), indicada(s) (caso vinculada(s) a uma Administradora de Benefícios credenciada), por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

3. multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada(s) indicada(s) (caso vinculada(s) a uma Administradora de Benefícios credenciada), no caso de inexecução total dos serviços;

4. suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de um ano, devidamente justificada pela fiscalização do Termo;

5. Declaração inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida a sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade;

6. as sanções previstas nos subitens “a” e “b” poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens “c” e “d”, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência;

7. são causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação à UFCG apuradas em processo administrativo.

5. CLÁUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

5.1. O presente Acordo terá vigência de 60 (sessenta) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser denunciado a qualquer tempo, com comunicação prévia de 90 (noventa) dias.

6. CLÁUSULA SEXTA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

6.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da UFCG, a serem repassados diretamente para a credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

SUBCLÁUSULA ÚNICA – O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – RESCISÃO

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - Este Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias

que anteceder à rescisão.

8. CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Acordo será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

9. CLÁUSULA NOVE– DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

SUBCLÁUSULA ÚNICA - O presente Acordo é aceito pela Universidade Federal de Campina Grande em caráter de inexigibilidade, sendo dispensado o procedimento licitatório em função de inviabilidade de competição.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

O Foro para solucionar os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Acordo será o da Justiça Federal, Subseção Judiciária de Campina Grande-PB.

E por estarem de pleno acordo, assinam o presente instrumento termo em três vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Campina Grande, xx de xx de 2020.

VICEMÁRIO SIMÕES

REITOR

Universidade Federal de Campina Grande

Representante Legal

Cargo

(Nome da empresa Credenciada)

TESTEMUNHAS:

NOME: _____

CPF: _____

ASSINATURA

NOME: _____

CPF: _____

ASSINATURA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COORDENAÇÃO DE COMPRAS E CONTRATOS

Rua Aprígio Veloso, 882, Bairro Universitário, Campina Grande/PB, CEP 58429-900
Telefone: (83) 2101.1306/1448 - E-mail: dm@reitoria.ufcg.edu.br - Site: <http://pra.ufcg.edu.br>

ANEXO V

**QUANTITATIVO DE SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS E PENSIONISTAS DA UFCG,
POR FAIXA ETÁRIA**

Nº	Faixa etária	Quantidade
01	19 a 23 anos de idade	03
02	24 a 28 anos de idade	86
03	29 a 33 anos de idade	382
04	34 a 38 anos de idade	664
05	39 a 43 anos de idade	668
06	44 a 48 anos de idade	448
07	49 a 53 anos de idade	416
08	54 a 58 anos de idade	642
09	59 anos ou mais	2430