

**ANEXO I****TERMO DE REFERÊNCIA****CONTRATAÇÃO DE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE****1. JUSTIFICATIVA**

A contratação tem por objetivo oferecer aos empregados públicos do CAU/SC e aos seus dependentes, condições de assistência à saúde, visto que é fator diferencial na qualidade de vida dos mesmos e propicia a tranquilidade necessária para o bom desenvolvimento das atividades laborais, o que favorece o baixo índice de absenteísmo.

Além disso, oferecer um plano de saúde adequado contribui para a prevenção de doenças através de consultas médicas e exames laboratoriais e é um incentivo extra na manutenção da motivação e comprometimento dos empregados.

Ademais, a presente contratação faz parte do rol de benefícios trabalhistas concedidos, tendo sido regulamentada pela Deliberação Plenária nº 48/2015 e pela Deliberação do Conselho Diretor nº 01/2016, ambas do CAU/SC.

Ainda, justifica-se a presente contratação nos modelos de cobertura estadual considerando o campo de atuação do CAU/SC e de seus postos avançados de fiscalização. Da operação com coparticipação objetivando o incentivo a melhoria nos índices de absenteísmo, além de contribuir para a manutenção da saúde financeira do plano, bem como considerando capacidade econômica concedida pelo CAU/SC em razão do benefício garantido na proposta orçamentária anual.

2. DO OBJETO

O objeto do presente Termo de Referência trata-se da contratação de empresa especializada, operadora de plano de saúde, para a prestação continuada dos serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, laboratorial, exames complementares, inclusive os de alta complexidade e serviços auxiliares de diagnóstico, terapias e internações, bem como na cobertura de custos assistenciais, atendimento de urgência e emergência, de acordo com o rol de serviços e limites estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas posteriores atualizações.

3. DAS DEFINIÇÕES

3.1. USUÁRIOS - Os inscritos no plano de assistência à saúde na condição de beneficiários: titulares e dependentes.



3.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – O empregado público de provimento efetivo e empregado público de provimento em comissão do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Santa Catarina.

3.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - Os cônjuges, companheiros (as), filhos dos beneficiários titulares, enteados e menores sob guarda, conforme definido neste Termo de Referência.

3.4. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - Valor a ser estabelecido para pagamento pelo beneficiário titular quando do preenchimento do termo de adesão ao plano de assistência à saúde coletivo empresarial, incluindo os seus dependentes, incluindo o valor correspondente à mensalidade dos beneficiários dependentes.

3.5. REDE CREDENCIADA - Hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano de assistência à saúde coletivo empresarial por intermédio da Contratada.

3.6. ABRANGÊNCIA DA REDE - Localidades em que a Contratada oferece rede credenciada, composta por instituições e profissionais na área de medicina, terapia e outras especialidades previstas no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

3.7. OPERADORA - Empresa com registro junto a ANS 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 Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura e rede credenciada na área geográfica de atuação do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Santa Catarina e garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território estadual, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e normativos expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.8. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – É um serviço oferecido por operadora, instituição privada de assistência à saúde, com o intuito de prestar assistência médica e hospitalar.

3.9. PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO – Parcela devida pelo empregado no custeio do plano de saúde.

3.10. CARÊNCIA - É o tempo que o beneficiário terá que esperar para ser atendido pelo plano de assistência à saúde em um determinado procedimento, observado os regramentos da ANS.

3.11. EMERGÊNCIA E URGÊNCIA - Conforme definição disposta na Lei 9.656/1998, entende-se emergência como sendo os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Enquanto considera-se urgência como sendo os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;



4. DAS ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO (SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL)

4.1. A operadora deverá oferecer a opção de plano de assistência médica ambulatorial, hospitalar e obstétrica, compreendendo internações em apartamento individual, banheiro privativo e com direito a acompanhante, além da abrangência em todo território estadual.

a) As coberturas do plano contratado limitar-se-ão, minimamente, aos previstos na Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, bem como das Resoluções Normativas em vigor emitidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.2. O referido plano compreenderá os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, bem como todos os exames e procedimentos elencados no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – RN Nº 428, de 7 de novembro de 2017, e de suas atualizações.

4.3. Os serviços deverão abranger, no mínimo, as especialidades previstas nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com acomodação em apartamento individual, banheiro privativo; abrangência estadual e rede credenciada mínima conforme item 5.4 deste Termo de Referência aos empregados do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Santa Catarina e seus dependentes, cujo número estimado inicialmente, é de 31 (trinta e uma) vidas. A faixa etária atual dos servidores do CAU/SC encontra-se na tabela do item 7 deste Termo de Referência.

4.4. A contratação da operadora estará em conformidade com as especificações constantes deste Termo de Referência e na Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde.

4.5. Deverão ser cobertas, cumulativamente, as despesas referentes aos serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde especificados neste termo e outras asseguradas pela legislação vigente a serem executadas pela operadora contratada na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.

4.6. Havendo indisponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela contratada, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora, nas mesmas condições da modalidade de plano em que o beneficiário está cadastrado.

4.7. Permite-se a realização de junta médica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela operadora contratada, nos termos da resolução normativa – RN N.º 424, DE 26 DE JUNHO DE 2017.

5. DA EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1. A operadora deverá oferecer a opção de planos de assistência médica ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com 50% de coparticipação.

5.2. Cobertura Geográfica mínima: abrangência/atendimento em todo território do estado de



Santa Catarina.

5.3. Rede Credenciada mínima:

- a) Atendimento em, no mínimo, 3 (três) hospitais na região da Grande Florianópolis (SC) e de, no mínimo, 1 (um) hospital nas seguintes cidades: Criciúma, Chapecó, Blumenau e Joinville.
- b) Atendimento em, no mínimo, 10 (dez) clínicas particulares na região da Grande Florianópolis (SC) e de, no mínimo, 2 (duas) clínicas particulares nas seguintes cidades: Criciúma, Chapecó, Blumenau e Joinville.
- c) Atendimento em, no mínimo, 700 (setecentos) médicos credenciados no Estado de Santa Catarina.
- d) A rede credenciada, a que se refere às alíneas “a”, deverá ter:
 - d.1) No mínimo, 01 (um) Hospital capacitado ao atendimento de grandes emergências e atendimento de alta complexidade, contendo:
 - Clínica cirúrgica com no mínimo 20 leitos;
 - Clínica médica e cardiológica com no mínimo 15 leitos;
 - Maternidade com UTI neonatal com no mínimo 10 leitos;
 - Pediatria com no mínimo 10 leitos;
 - UTI Adulto com no mínimo 10 leitos;
 - UTI Pediátrica com no mínimo 5 leitos;
 - UTI Neonatal com no mínimo 5 leitos;
 - Atendimento hospital psiquiátrico/clínica psiquiátrica com internação;
 - Equipe de hemodinâmica de 24 horas.
 - d.2.) No mínimo, 01 (um) Hospital com atendimento 24 horas por dia nas seguintes especialidades: Clínica Geral, Pediatria, Cirurgia Geral, Gineco-obstetrícia, Ortopedia e Cardiologia.
- e) Atendimento 24 horas para urgências / emergências, em clínica própria e que disponha de no mínimo 3 consultórios, no mínimo 2 profissionais em tempo integral (atendimento 24 horas com 2 profissionais o tempo todo), com profissionais altamente capacitados; no mínimo 2 salas para realização de RX; sala de espera privativa para aguardar o atendimento;



f) Apresentação das formas de serviços de atendimento ao usuário - 0800, Central de Atendimento, etc;

g) Apresentação da forma de liberação on-line para os beneficiários bem como forma para liberação de atos complementares (facilidades e vantagens para efetuar o pagamento do ato complementar).

5.4. Os procedimentos/serviços que necessitem de autorização da contratada deverão obedecer aos prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS.

5.5. A CONTRATADA terá um prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do pedido de inclusão do beneficiário no plano, para entregar o cartão para o CONTRATANTE.

5.6. Na solicitação de segunda via do cartão do beneficiário, independentemente do motivo, poderá ser exigida cobrança pela operadora, no valor máximo de R\$ 15,00 (quinze reais).

5.7. Nas internações estarão cobertas as despesas com fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, oxigênio, nutrição parenteral e enteral, transfusões e demais materiais utilizados, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar, tudo até a alta hospitalar.

5.8. Estarão inclusos também, toda e qualquer taxa, incluindo despesas com sala de cirurgia, eventos obstétricos, unidade de tratamento intensivo, aparelhagem, honorários médicos e todo pessoal necessário, serviços gerais de enfermagem e alimentação, bem como remoção de paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território estadual, tudo até a alta hospitalar.

5.9. O fornecimento de alimentação dietética, quando indicado, até a alta do paciente, não implicará em ônus adicionais ao beneficiário.

5.10. Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia em prontos-socorros e/ou hospitais credenciados.

5.11. Assistência pré-natal, obstétrica e neonatal, aqui incluídas patologias congênitas das crianças nascidas na vigência do contrato;

5.12. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

5.13. Cobertura para acidente do trabalho;

5.14. Remoção de beneficiário em ambulância, quando constatada a impossibilidade de sua locomoção pelo seu médico assistente, serão, minimamente, atendidas de acordo com o disposto na Lei 9.656/98 e na RN nº 347/2017;

5.15. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva sem limite de utilização de diárias.



5.16. Atendimento ambulatorial e hospitalar a portadores de dependências químicas, transtornos psiquiátricos e nos casos de diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionadas no CID 10 (ambulatorial e internamento); sendo a duração de seu tratamento conforme a necessidade atribuída pelo médico assistente.

5.17. Cobertura de cirurgia odontológica bucomaxilofacial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

5.18. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

5.19. Custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

5.20. Custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

5.21. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

5.22. Cobertura de oito semana anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

5.23. A contratação cobre o atendimento, pela CONTRATADA, das despesas dos eventos que se seguem:

- a) Consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado e sem limite de valor;
- b) Internação hospitalar, compreendendo hospitais, centros médicos, casas de saúde e em clínicas básicas e especializadas, sem limite de prazo, valor ou quantidade;
- c) Internação em UTI ou similar, sem limite de prazo, valor ou quantidade;
- d) Cirurgias, em número ilimitado e sem limite de valor;



- e) Exames médicos, em número ilimitado e sem limite de valor;
- f) Serviços de diagnóstico, de tratamento e procedimentos clínicos e cirúrgicos, em número e valor limitados ao rol de procedimentos da ANS.
- g) Doenças crônicas;
- h) Doenças congênitas;
- i) Doenças infecto-contagiosas e endêmicas de notificação compulsória, inclusive AIDS;
- j) Doenças de Senilidade, constantes da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID-10), considerando sempre o ato normativo vigente.
- k) Material de osteossíntese (placas, pinos, parafusos, hastes, pregos, telas cirúrgicas etc.), sem limite de quantidade ou de valor;
- l) Acidentes de Trabalho;
- m) Atendimento de Urgência e Emergência;
- n) Assistência médica e hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou à data oficial da adoção;

5.24. A cobertura incluirá:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar;
- b) Participação de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- c) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

5.25. A CONTRATADA se obriga a cobrir, desde o momento da internação até a alta hospitalar, as seguintes despesas:

- a) Diárias decorrentes da internação hospitalar, inclusive em UTI ou similar, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória;
- b) Despesas com o uso de Centro Cirúrgico, de UTI ou similar, de UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória, incluindo todo o material utilizado;
- c) Diárias de maternidade e berçário;



- d) Alimentação;
- e) Serviços de Nutrição e Dietéticos;
- f) Serviços gerais de Enfermagem;
- g) Serviços de diagnóstico e de tratamento;
- h) Honorários Profissionais dos Médicos Assistentes relativos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos;
- i) Taxa de internação, de sala de cirurgia, de sala de parto, de sala de gesso e de outras necessárias, incluindo os materiais utilizados (inclusive os descartáveis), inclusive material de Osteossíntese (entre outros: placas, fios, hastes, pregos, parafusos etc.), enxertos vasculares e telas cirúrgicas;
- j) Hemodiálise e Diálise;
- k) Sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme solicitação médica;
- l) Exames específicos e complementares para a elucidação diagnóstica e indispensáveis para o controle da evolução da doença que motivou a internação, bem como as decorrentes da internação, e para o seu tratamento, até a alta hospitalar;
- m) Medicamentos em geral, anestésicos, gases medicinais, transfusão de sangue e de seus derivados e/ou complementares, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, e outros procedimentos e serviços que se fizerem necessários durante o período da internação;
- n) Toda e qualquer taxa e todo material logístico utilizado (aparelhos, artigos utilizados etc.), assim como as despesas decorrentes da remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, previstos no contrato, conforme preconiza o art. 12, II, “e” da Lei 9.656/1998;
- o) Casos pertinentes à clínica médica de urgência e emergência, quando solicitados e justificados pelo médico assistente.

5.26. Quando não houver acomodação hospitalar disponível de acordo com o Plano de Cobertura do beneficiário na Rede Credenciada da CONTRATADA, fica garantido o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário;

5.27. Não haverá limites de permanência para internações hospitalares em UTIs, como determinam as disposições da ANS;

5.28. Sempre que ocorrer descredenciamentos ou extinção de convênios com consultórios, clínicas especializadas, hospitais e outros serviços médicos, será obrigatória a reposição



desse tipo de atendimento dentro daquela região no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante novo credenciamento, sem prejuízo da continuidade dos atendimentos em curso até o novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento. Deverão ser comunicadas, em seguida, à CONTRATANTE as providências adotadas.

5.29. Cobertura de transplantes de rim e córnea, garantindo as despesas com os procedimentos vinculados, ou seja, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

5.30. Condições de atendimento:

a) A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA. Somente autorizará os itens importados nacionalizados quando não houver similares nacionais.

b) Em consultas médicas, os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos credenciados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.

c) Atendimentos ambulatoriais, exames complementares, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas são realizados por médicos credenciados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização.

d) Cirurgia buco-maxilo-facial é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo hipóteses de urgência ou emergência).

e) Para terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para tratamento de artrite reumatoide, artrite psoriásica, doença de crohn e espondilite anquilosante, a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização.

6. DAS CARÊNCIAS

6.1. Conforme preconiza no Art. 6º da RN 195/2009, para os planos com números de



participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias, a contar da data de assinatura do contrato celebrado entre a CONTRATADA e o CONTRATANTE.

6.2. Findo o prazo disposto no item 6.1, a adesão será permitida, porém estará sujeita ao período de carência, até o limite máximo do disposto na Lei nº 9.656, de 1998 ou Ato normativo da ANS; exceto nos casos previstos no item 6.3.

6.3. Ficam excluídas as carências de inclusão no plano:

a) para os novos empregados do CAU/SC que manifestarem opção pela inclusão no plano inclusive de seus dependentes, em até 30 (trinta) dias contados da data de assinatura do Contrato de Trabalho com prazo indeterminado;

b) para aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, nos termos do objeto deste contrato, após a assinatura do contrato, em função de nascimento, adoção, casamento, união estável, provimento em cargos efetivos e em comissão, guarda, tutela definitiva etc., desde que manifestada a opção pela inclusão em até 30 (trinta) dias contados da:

b.1) data de nascimento do beneficiário dependente;

b.2) data do casamento do beneficiário titular para a inclusão do cônjuge;

6.4. Para os empregados incluindo seus dependentes que manifestarem opção pela inclusão no plano após os (trinta) dias contados da data de assinatura do Contrato de Trabalho com prazo indeterminado, poderá ser aplicada a Cobertura Parcial Temporária – CTP, considerando as Doenças e Lesões Preexistentes nos moldes de regulamentação da ANS.

7. DOS BENEFICIÁRIOS

7.1. São beneficiários dos serviços objeto do presente Termo:

a) o titular (empregados ativos do CAU/SC);

b) o cônjuge ou companheiro (a);

c) os filhos, inclusive enteados (solteiros), de empregados do CAU/SC, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se estudante de curso regular de ensino fundamental, médio ou superior, até 24 (vinte e quatro anos);

d) os filhos, declarados judicialmente, incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, de qualquer de idade;

e) o menor, sob a guarda ou sob a tutela de funcionário efetivo do CAU/SC, por força de decisão judicial, até 21 (vinte e um) anos de idade.



7.2. Não poderão ser beneficiários simultaneamente o cônjuge e o(a) companheiro(a), salvo decisão judicial.

7.3. A estimativa de beneficiários é de 31 (trinta e um), conforme registros colhidos em junho de 2019, distribuídos nas seguintes faixas etárias:

IDADE (anos)	TITULAR	DEPENDENTE
0 a 18	0	2
19 a 23	0	0
24 a 28	3	0
29 a 33	13	1
34 a 38	6	0
39 a 43	2	0
44 a 48	2	0
49 a 53	0	0
54 a 58	2	0
58 ou mais	0	0
Total	28	3
TOTAL GERAL	31	

7.4. O número de beneficiários pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de saúde.

7.5. Os documentos mínimos necessários para ingresso no plano serão de CPF, RG, comprovante de endereço e cópia da CTPS, para titulares e RG, CPF, certidão de nascimento/casamento ou declaração de união estável, termo de guarda/tutela/curatela, para dependentes, cujo fornecimento será providenciado pela área de gestão de pessoas do CAU/SC.

7.6. Os beneficiários (titulares e dependentes) receberão gratuitamente carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela CONTRATADA que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo plano contratado;

7.7. O empregado do CAU/SC que for exonerado do contrato de trabalho sem justa causa ou aquele que for aposentado poderá manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, limitados às definições e condições disciplinados nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.



8. DA ADESÃO

8.1. A adesão dos planos de assistência médica é facultativa e se dará na forma estabelecida neste Capítulo.

8.2. A adesão dos titulares e dependentes será realizada mediante preenchimento de Formulário Cadastral de Movimentação, assinado pela CONTRATANTE, a ser fornecido pela operadora CONTRATADA.

8.3. A CONTRATANTE fica responsável pela entrega de cópia do contrato do plano de saúde, guia de leitura contratual (GLC) e manual de contratação dos planos de saúde (MPS).

8.4. A adesão dos beneficiários dependentes dependerá da participação do beneficiário titular, ou seja, não haverá adesão de beneficiário dependente sem a adesão do titular.

9. DA EXCLUSÃO

9.1. A exclusão do beneficiário deverá ser feita pelo CAU/SC nas seguintes situações:

a) Os titulares serão excluídos do programa de assistência à saúde nos seguintes casos:

- falecimento;
- demissão e exoneração;
- cancelamento voluntário da inscrição.

b) Os dependentes serão excluídos do programa de assistência à saúde nos seguintes casos:

- falecimento;
- exclusão do titular;
- perda das condições contidas no item 7.1;
- demissão e exoneração do empregado titular do plano;
- solicitação do titular.

9.2. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do CAU/SC, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;

b) por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

9.3. Por inadimplência do empregado inativo, salvaguardados as regras emitidas pela ANS.

10. DO REEMBOLSO

10.1. Haverá garantia de reembolso, pelo valor da tabela praticada com seus prestadores, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados, desde que dentro da área geográfica de abrangência e atuação do



plano contratado, observados os cumprimentos dos prazos de carência e cobertura parcial temporária;

10.2. O valor do reembolso nas urgências e emergências não pode ser inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

10.3. O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano a partir da data do atendimento para solicitar o reembolso.

10.4. A operadora tem o prazo legal de 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso, a partir da entrega completa da documentação exigida, caso seja devido.

11. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

11.1. Manter todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação, durante todo o período de vigência do contrato, fornecendo, sempre que solicitado, documentos que comprovem tais condições.

11.2. Fornecer relação individual por beneficiário, extrato demonstrativo com o detalhamento dos procedimentos utilizados contendo:

- Nome do beneficiário titular;
- Nome do beneficiário;
- Nome do profissional e ou estabelecimento prestador do serviço;
- Data (s) da (s) ocorrência (s);
- Valor do (s) serviço (s) /atendimento (s), medicamento (s), outro (s), segundo a Tabela de Reembolso de Procedimentos Médicos e Hospitalares;
- Demonstrativo anual de recolhimento, para fins de Imposto de Renda.

11.3. Prestar cobertura de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como aquelas previstas no Rol de Procedimentos da Agência nacional de Saúde Suplementar – ANS, estabelecido pela Resolução Normativa nº 338/2013 (e atualizações), ou que nesta venham a ser incluídos, com atendimento a consultas médicas, procedimentos, tratamentos clínicos e cirúrgicos em todas as especialidades.

11.4. Incluir qualquer novo titular, decorrentes de qualquer fato gerador, em até 30 (trinta) dias da data do evento (admissão, inclusão). A CONTRATADA terá um prazo de 5(cinco) dias úteis para processar as solicitações registradas pela CONTRATANTE.

11.5. No caso de exclusão de beneficiário por demissão/exoneração, a CONTRATADA deve informar à CONTRATANTE o valor parcial da mensalidade referente ao período em questão em até 5 (cinco) dias úteis para que seja possível lançar o desconto correspondente na rescisão do empregado.

11.6. Possibilitar ao Conselho de Arquitetura e Urbanismo de Santa Catarina – CAU/SC, a



fiscalização da execução do objeto contratado.

11.7. Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o CAU/SC, desde que de responsabilidade da contratada.

11.8. Fornecer um guia de atendimento médico hospitalar, atualizado, para cada beneficiário titular quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia devem constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações.

11.9. Manter a rede de atendimento com credenciados em número igual ou superior ao apresentado em sua proposta, de maneira a atender aos beneficiários, devidamente identificados, em qualquer localidade do Estado de Santa Catarina e outros Estados da Federação, nas mesmas condições do Termo de Referência.

11.10. Comunicar ao CAU/SC, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pelo CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados.

11.11. Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo;

11.12. Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste Termo.

12. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

12.1. Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela CONTRATADA;

12.2. Relacionar, após a assinatura do contrato, os beneficiários de cada plano, sendo que os responsáveis respondem civil, penal e administrativamente pelo fornecimento e/ou inclusão de dados falsos;

12.3. Comunicar, por escrito, à contratada:

a) qualquer inclusão de beneficiários;

b) a exclusão de beneficiários;

c) perda ou extravio do documento de identificação;

d) os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao plano contratado;



12.4. Responder, perante a contratada, pelo pagamento de eventuais despesas realizadas, decorrentes do uso indevido do documento de identificação, até o efetivo recolhimento deste, em não se efetuando a devida comunicação;

12.5. Orientar seus servidores no sentido de que não seja desvirtuada a utilização de seus documentos de identificação;

12.6. Atestar/Aceitar a execução da prestação dos serviços no prazo máximo de 5 dias úteis, a contar do recebimento da Nota Fiscal/Fatura fielmente em acordo com o contrato firmado;

12.7. Efetuar pagamento total da prestação mensal, de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;

12.8. A execução das obrigações contratuais integrantes deste Termo será fiscalizada por um funcionário, formalmente designado pela Autoridade Competente, com autoridade para exercer, como representante do CAU/SC, toda e qualquer ação de orientação geral, acompanhamento e fiscalização da execução contratual.

13. DA FORMAÇÃO DO PREÇO

13.1. Para a formação do preço deverá ser considerado que o plano de assistência à saúde pretendido nesta contratação deve possuir valores preestabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, que serão pagos pelo CAU/SC à empresa CONTRATADA, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

13.1.1. A coparticipação de 50% (cinquenta por cento) a ser custeada pelo beneficiário fica condicionada a tabela de valores celebrada pela operadora e sua rede credenciada, limitada ao valor máximo de R\$ 200,00 por procedimento.

13.2. Na indicação de suas propostas, as empresas participantes deverão apresentar o preço individual de cada uma das faixas etárias, conforme tabela apresentada no item 7.3, bem como o preço global dos serviços, resultado da soma do preço individual proposto para cada faixa.

13.3. A variação percentual de preços entre as faixas, bem como a proporção do preço da última faixa em relação à primeira deverão obedecer às regras estabelecidas pela ANS.

13.4. Os preços devem contemplar todas as exigências deste termo e deverão considerar todas as despesas concernentes ao serviço, tais como: fornecimento de certidões e documentos, impostos, encargos sociais, taxas, etc.

13.5. Será considerada vencedora a empresa que ofertar o menor preço global.

14. DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

14.1. O preço médio estimado para a contratação é de R\$ 10.188,76 (doze mil e novecentos e cinquenta e nove reais e setenta e três centavos) mensais, sendo o valor total anual



estimado de R\$ 122.265,12 (cento e cinquenta e cinco mil e quinhentos e dezesseis reais e setenta e seis centavos).

15. DO REAJUSTE DO CONTRATO

15.1. Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como os valores previstos na Cláusula Mecanismos de Regulação, serão reajustados a cada 12 (doze) meses, de acordo com a tabela de faixas apresentada no item 7.3 e conforme parâmetros abaixo:

a) Reajuste conforme a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado - FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico - IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do contrato atinja patamar superior a 75% (setenta e cinco por cento).

b) O IGPM e o IRT% serão apurados em período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao período de aplicação do reajuste do contrato.

c) O cálculo do índice de Reajuste Técnico — IRT% será realizado com base na fórmula:

$$IRT\% = \left(\frac{SIN}{75\%} - 1 \right) * 100.$$

d) Na fórmula acima, SIN representa o percentual de sinistralidade do contrato ou índice de utilização do agrupamento de contratos, que é obtido mediante utilização da fórmula:

$$SIN = \left(\frac{\text{Total de Despesas Assistenciais} - \text{Total de Co-participação}}{\text{Total de Receitas Líquidas do Período}} \right) * 100$$

e) Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de 75% (setenta e cinco por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do Índice de Reajuste Técnico e do Índice Geral de Preços de Mercado (IRT% + IGPM). Do contrário, deve-se utilizar apenas o IGPM.

f) Quando na ocasião do reajuste o contrato contiver menos de 99 (noventa e nove) beneficiários, o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com menos de 99 (noventa e nove) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Neste sentido, a apuração da quantidade de beneficiários deverá ser realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

15.1.f.1. Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

15.1.f.2. Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato;



15.2. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária, que somente deverá ocorrer quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário;

15.3. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato;

15.4. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato;

15.5. A CONTRATADA comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS o percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias, conforme determina a legislação competente.

16. DO PAGAMENTO

16.1. O CAU/SC pagará mensalmente à CONTRATADA, o valor correspondente ao somatório dos valores das mensalidades dos beneficiários ativos, da coparticipação pelos procedimentos utilizados e as demais taxas dos serviços realizados durante o mês;

16.2. O faturamento deverá ser emitido pela CONTRATADA onde deverá apresentar descrição completa dos valores cobrados, detalhada por beneficiário;

16.3. O pagamento será realizado, em até 15 (quinze) dias após o aceite do faturamento, através de depósito em conta corrente ou de boleto fornecido pela CONTRATADA;

16.4. Em caso de atraso no pagamento por parte da CONTRATANTE, o valor do montante será atualizado financeiramente, aplicando o percentual de 1% ao mês (0,033 ao dia) e à multa de 2% sobre o valor do débito em atraso, desde a data do seu vencimento até o dia do efetivo pagamento.

17. DA VIGÊNCIA

17.1. O Contrato terá a duração de até 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado nas hipóteses elencadas no inciso II do artigo 57 da Lei nº 8.666/1993, caso haja necessidade do CAU/SC.

17.2. Em caso de celebração de termo aditivo de prorrogação da vigência, fica vedado à CONTRATADA cobrar qualquer taxa ou valor extra a título de renovação.

18. DA FISCALIZAÇÃO

18.1. Durante o período de vigência, a relação contratual será acompanhada por representantes do CAU/SC, gerida pelo Gerente Administrativo e Financeiro e fiscalizada pelo Analista Administrativo e Financeiro com atribuições de Recursos Humano, nos termos do



disposto no art. 66 e seguintes da Lei nº 8.666/93.

19. DO FORO

19.1. Face à natureza de entidade autárquica do CAU/SC a Justiça Federal, Seção Judiciária de Santa Catarina é o foro competente para dirimir eventuais dúvidas ou litígios oriundos do presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou possa vir a ser.

Florianópolis/SC, 12 de junho de 2019.

Filipe Lima Rockenbach

Gerente Administrativo Financeiro

Helen Germann Patricio

Analista Administrativo Financeiro

De acordo:

Alcenira Vanderlinde

Gerente Geral

Daniela Pareja Garcia Sarmento

Presidente