



**PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO**

**ESTUDO SOBRE A VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE  
PLANO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

**SALVADOR-BA  
2011**

## TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

### GRUPO DE ESTUDOS MULTISSETORIAL:

#### Presidente:

**Desembargadora Nélia de Oliveira Neves** – integrante da 4ª Turma

#### Membros:

**Alice Maria Santos Braga** – Juíza Titular da 23ª Vara de Salvador

**Suzana da Silva Pereira** - Diretora da Secretaria Geral do Pleno

**Zacarias Vitorino de Oliveira Filho** - Assessor-Chefe da Presidência

**Andrea Carvalho Abbehusen**- Representante do Serviço de Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas

**André Liberato de Matos Reis**- Chefe da Seção de Apoio a Plano de Saúde

**Tereza Martins**- Representante do Serviço de Saúde

**Rita de Cássia Dias de Souza**- Chefe do Setor de Enfermagem

**Iara Ines Chaimsohn**- Representante do Comitê de Saúde do Trabalhador

**Karina Muniz Machado**- Chefe do Departamento de Auditoria Operacional do Órgão de Controle Interno

**Mauricio Baptista**- Diretor Adjunto da Secretaria de Orçamento e Finanças

**Rogério Fagundes**- Representante do Sindicato dos Trabalhadores do Poder Judiciário Federal na Bahia

**Cláudia Freire Alves Cerqueira**- Diretora da Secretaria de Assessoramento Jurídico

**Elisa Maria Sangiovanni Lima** - Coordenadora da UniTRT5.

#### Colaboradores:

**Carola Rapp** - Secretaria Administrativa

**Solange Maria Galvão Oliveira**- Assessoria de Comunicação

**Almerinda de Sousa** – Bibliotecária

**Antonia Nadja Coelho dos Santos** - Bibliotecária

#### Capa:

**Departamento Gráfico**

B83. Brasil. Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região

Estudo sobre a viabilidade de implantação de plano de autogestão em saúde/ Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região. Salvador: TRT5, 2011.

248 p.

1. Plano de saúde 2. Servidor público - assistência médica  
3. Autogestão em saúde I. Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região. II. Título.

CDU: 613:331. 48

“Cuidar da nossa saúde significa manter nossa visão integral, buscando um equilíbrio sempre por construir entre o corpo, a mente e o espírito e convocar o médico (corpo), o terapeuta (mente) e o sacerdote (espírito) para trabalharem juntos visando à totalidade do ser humano”  
(Leonardo Boff)

## SUMÁRIO

## PARTE I - RELATÓRIO DO GRUPO MULTISSETORIAL

1	Introdução.....	7
2	Objetivos do grupo multissetorial.....	9
3	Ações do grupo multissetorial.....	10
4	Normas da ANS que disciplinam as autogestões de saúde.....	12
5	Modelo das autogestões já constituídas nos Tribunais.....	12
6	Conclusão.....	13

## PARTE II - PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE PLANO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE

7	Identificação.....	17
8	Patrocinador e Executor.....	17
9	Justificativa.....	17
10	Objetivo geral.....	18
11	Objetivos específicos.....	18
12	Passos para implantação do plano de autogestão de saúde no TRT5.....	18
13	Cronograma de implantação.....	21
14	Andamento do projeto.....	28
15	Custos iniciais de implantação.....	28
16	Gestão estratégica de saúde.....	29
16.1	Missão da gestão estratégica de saúde do TRT5.....	30
17	Plano de autogestão de saúde.....	30
18	Contratação de consultoria atuarial.....	31
19	Aporte de recursos/receitas da autogestão.....	31
20	Orçamento da patrocinadora – TRT5.....	33
21	Contribuição dos beneficiários.....	34
22	Criação de pessoa jurídica.....	34
23	Sistema informatizado.....	35
24	Plano organizacional.....	35
25	Equipe de servidores.....	37
26	Capacitação dos servidores.....	37
27	Administração financeira.....	38
28	Movimentação de conta bancária.....	39
29	Procedimentos de liquidação da despesa e de pagamento.....	39
30	Manual operacional.....	40
31	Listas de procedimentos médicos e de procedimentos odontológicos.....	40
32	Rede credenciada.....	40
33	Auditoria médica.....	41
34	Regulamento-geral.....	41
35	População a ser assistida.....	42
36	Aceitação de agregados.....	44
37	Cobertura.....	44
38	Coparticipação.....	44

39	Regulamento Geral do Plano de Assistência à Saúde.....	45
40	Termo de referência/minuta de contrato para contratação de consultoria atuarial.....	87
41	Minuta do contrato.....	95
42	Sugestão de atribuições para o departamento administrativo e financeiro integrante do organograma sugerido.....	108
43	Cadastro na Receita Federal do CNPJ.....	113
	REFERÊNCIAS.....	118
	ANEXO I - Entrevistas por telefone com dirigentes de autogestões de tribunais.....	119
	ANEXO II - Visitas às autogestões do TST, STF, TRT8, TRF1 e TRE-PA.....	134
	ANEXO III - Estudos financeiros realizados.....	142
	ANEXO IV - Decisões envolvendo as autogestões de saúde.....	159
	ANEXO V - Pontos importantes a serem analisados para o projeto de autogestão.....	222
	ANEXO VI - Portaria de constituição do grupo de estudos multissetorial.....	234
	ANEXO VII - Relatório de 2007 da “Comissão de Estudos para redefinição do Plano de Saúde do TRT da 5ª Região.”.....	239

## **PARTE I - RELATÓRIO DO GRUPO MULTISSETORIAL**

## 1 INTRODUÇÃO

A idéia de implantação da autogestão teve início a partir da visão da Administração de que se deve buscar uma alternativa para assegurar aos magistrados, servidores, pensionistas e seus dependentes um benefício de plano de saúde estável e de melhor qualidade.

Esta visão surgiu tendo-se observado que nos Planos de Saúde contratados nos últimos 12 anos houve problemas tanto na esfera judicial, a exemplo do contrato com a SulAmérica Seguradora, quanto na esfera extrajudicial, neste caso a exemplo do contrato com a IH-Saúde. A primeira com um processo que tramita na Justiça Federal e a segunda com as multas administrativas aplicadas por este TRT pelo descumprimento contratual.

Além disso, os processos licitatórios para planos de Saúde deste TRT têm se mostrado de pouca valia, tendo em vista que o penúltimo certame teve como vencedor uma empresa local de pequeno porte chamada IH-Saúde, que está atualmente em liquidação extrajudicial, e na última licitação houve somente 03 operadoras interessadas: a Unimed Nacional, que foi desclassificada por falta de representante legal, a IH-Saúde e a Promédica.

As grandes operadoras como SulAmérica e Bradesco, dentre outras, não vêm demonstrando interesse em contratar por licitação, pois, neste caso, acontece uma adesão das seguradoras ou operadoras de saúde ao contrato definido pelo TRT. Essas empresas hodiernamente fazem contratos baseados na sinistralidade. Então, admite-se uma sinistralidade de 75%, e, passando-se desse patamar, exige-se um aumento da mensalidade para se manter o equilíbrio econômico e financeiro, garantindo um lucro mínimo de 25%. A garantia desse

patamar de lucro para a empresa contratada não se coaduna com os princípios da Administração Pública.

Também não se pode olvidar que, na última prorrogação de contrato com a atual operadora de Saúde, foi exigido um reajuste de 18,5% baseado na alta sinistralidade e na imprevisibilidade, tendo em vista as duas concorrentes que entraram neste TRT quase que concomitantemente com a Promédica e fizeram com que a empresa vencedora da licitação perdesse uma média de 40% dos beneficiários. Estas outras duas empresas, a Medial e a SulAmérica, definem suas próprias regras, constantes nos contratos oferecidos aos servidores.

Assim, a cada ano, quando da prorrogação do contrato, há uma expectativa de que a operadora de plano de saúde não se interesse mais em contratar com este TRT, haja vista que a sinistralidade permanece alta e, com a oferta de outros planos neste Tribunal, diluiu-se a massa dos servidores entre as empresas. Dessa forma, a Promédica permaneceu com uma quantidade pequena de beneficiários, aproximadamente 3200, e com grande número de idosos, representando quase 25% de seus usuários, pois é a única que, por obrigação do contrato, deve admitir no plano os pais dependentes econômicos.

Portanto, em maio, mês de renovação do contrato, poderá ocorrer manifestação da Promédica de não continuar prestando seus serviços, o que geraria uma imensa dificuldade para este TRT, pois, em uma nova licitação, há uma grande possibilidade de ser deserta, o que traria muitos transtornos para os servidores e seus dependentes.

Face a todo o problema detectado e a uma visão macroeconômica de que cada vez mais existe uma concentração dos beneficiários em poucas operadoras de saúde, havendo incorporações

das pequenas pelas grandes, e que os aumentos sobre os valores do plano tendem a ficar cada vez maiores, busca-se uma alternativa.

Atualmente, há 1.179 operadoras de Plano de Saúde que possuem 44.012.558 beneficiários e, dessas, somente 59 detêm 80% de todo o mercado. Há, então, que se criarem mecanismos para proteger os beneficiários de contratos ou aumentos abusivos a médio e longo prazo.

A Administração, então, constituiu um grupo multissetorial, mediante portaria TRT5 1107/2010, para dar continuidade ao estudo de viabilidade de implantação da autogestão de saúde, iniciado em 2007, conforme anexo VII, por considerá-la a ferramenta mais adequada à transformação da problemática que envolve planos de saúde em benefícios progressivos, permanentes e estáveis para todos os usuários, representando um patrimônio de todos.

## **2 OBJETIVOS DO GRUPO MULTISSETORIAL**

O grupo de trabalho, sem se distanciar dos objetivos de sua constituição mediante a Portaria 1107/2010, em anexo, porém moldado pelas dificuldades surgidas ao longo do desenvolvimento dos trabalhos, visa oferecer à Administração deste Regional estudo sobre a viabilidade da autogestão em saúde e o seu projeto de implantação.

A partir das normas da Agência Nacional de Saúde (ANS) e das boas práticas observadas em autogestões já constituídas, o grupo apresenta, no projeto, os principais aspectos relacionados à implantação e operacionalização da autogestão, finalizando com a definição de etapas para a sua constituição e seu funcionamento, caso seja esta a opção deste Tribunal.

### **3 AÇÕES DO GRUPO MULTISSETORIAL**

No primeiro encontro, os componentes foram divididos em subgrupos, para desenvolvimento dos seguintes temas: avaliação da possibilidade de criação de um sistema informatizado pela Secretaria de Informática (SI) deste Tribunal, para gestão do Plano de Saúde; avaliação dos projetos de prevenção e promoção da Saúde no TRT5; definição do aporte de recursos; contato com as autogestões em funcionamento em outros Tribunais, visando à apreensão das boas práticas e elaboração do regulamento geral.

Alguns aspectos importantes para o início dos trabalhos foram sugeridos por André Liberato, Chefe da SAPS, Seção de Apoio a Planos de Saúde, fazendo parte do presente estudo no ANEXO V.

A partir das determinações iniciais da presidente do grupo multissetorial, Desembargadora Nélia Neves, os subgrupos concentraram esforços na solução das questões relacionadas aos respectivos temas. Foram analisadas as possíveis soluções de informática para o programa de gerenciamento; examinados os regulamentos internos de várias autogestões, visando ao desenvolvimento de modelo adaptado à nossa realidade; entrevistados diversos dirigentes de autogestões dos Tribunais STF, TST, STJ, TRF1, TRT3, TRT8, TRT10, TRT19, TRE-PA e TJ-DF, estando o resumo das informações contidas no ANEXO I; visitadas as autogestões do TST, do TRF1 – Pró-Social e do STF. Este último ofereceu valioso apoio por parte do seu dirigente, o servidor Davi Duarte Amaral, que na condição de Diretor de Treinamento da UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - franqueou o apoio necessário ao conhecimento dos modelos de autogestão no serviço público. Por meio de sua indicação, foi autorizada pela Desembargadora Ana Lúcia

Bezerra, Presidente deste Tribunal, a participação dos servidores integrantes do grupo de trabalho André Liberato, Chefe da SAPS, e Zacarias Vitorino, Assessor da Presidência, no 8º Congresso de Gestão de Assistência à Saúde, no mês de novembro de 2010, em São Paulo, para se inteirarem do panorama da autogestão no Brasil. Houve também entrevista do grupo com o dirigente do Pró-Social – autogestão do TRF1 - Tribunal Regional Federal da 1ª Região, Marcos de Oliveira Dias, que em visita a este Regional, a convite da Presidente do Tribunal, Desembargadora Ana Lúcia Bezerra Silva, ofereceu importante contribuição para o resultado dos estudos. Já no final do trabalho, André Liberato e Zacarias Vitorino viajaram a convite do Diretor Geral, Edivaldo Santana, para um encontro de Diretores Gerais, em Belém do Pará, a fim de tomarem conhecimento da discussão mediante a qual se busca a criação de uma autogestão única para os Tribunais Regionais do Trabalho. No encontro, foi exposta a dificuldade de contratação de plano de saúde por licitação, citado o exemplo do TRT do Rio de Janeiro, que durante quinze anos possuía o plano da Amil e que na última licitação teve como operadora vencedora a Notre-Dame, desconhecida da maioria dos servidores, o que gerou um descontentamento geral. Também foi mencionado o alto índice de satisfação no TRT do Pará com sua autogestão em saúde e a importância de seu papel na instituição. No encontro foram definidos dois grandes grupos para os doze Diretores Gerais presentes: um que iria estudar a viabilidade de implantação de autogestão nos Tribunais Regionais do Trabalho e outro que iria estudar a contratação de um plano privado para atender a todos os Tribunais em um único contrato. O encontro serviu para demonstrar a tendência, ou ainda, uma necessidade, dos órgãos públicos de constituírem sua autogestão ou criarem mecanismos para obter um contrato com planos de saúde privados com um custo menor.

#### **4 NORMAS DA ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, QUE DISCIPLINAM AS AUTOGESTÕES DE SAÚDE**

A Lei 9.656/98, que disciplina os planos privados de assistência à saúde, trata, especificamente, em seu art.1º, §2º, da modalidade de autogestão.

Como a referida norma não insere maiores detalhes sobre as autogestões em Saúde, a ANS- Agência Nacional de Saúde, por meio de Resoluções Normativas, especialmente a de nº. 137/06, alterada pela de nº 148/07, estabelece os conceitos e os critérios para funcionamento de tais entidades.

As exigências para constituição e funcionamento contidas nas normas acima estão condensadas na cartilha “Saiba Como Criar uma Autogestão”, disponibilizada pela UNIDAS, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, em sua página da internet: [http://unidas.org.br/institucional/arq\\_inst/cartilha.pdf](http://unidas.org.br/institucional/arq_inst/cartilha.pdf).

#### **5 MODELOS DAS AUTOGESTÕES JÁ CONSTITUÍDAS NOS TRIBUNAIS**

As entrevistas com dirigentes de autogestões de outros Tribunais proporcionaram ao grupo uma visão diferenciada em relação ao rol de exigências para criação impostas pela ANS e refletidas nas orientações da UNIDAS citadas no item 4 deste relatório. Com base em tais entrevistas, pudemos constatar que as autogestões em atividade não seguem obrigatoriamente as normas da ANS (Agência Nacional de Saúde), porque são consideradas parte de um órgão público, embora possuam CNPJ próprio, e a ANS, sendo uma autarquia, não detém poder de normatizar órgãos públicos.

No 8º Congresso de Gestão em Saúde, realizado na cidade de São Paulo em novembro de 2010, o tema foi objeto de questionamento dirigido ao Diretor-Presidente da ANS, elaborado pelo dirigente da autogestão do TRF1-Pró-Social. O representante da ANS reconheceu a inexistência de regulamentação específica para autogestões de órgãos públicos.

Ficou evidente em tais pesquisas que está em curso um processo de profissionalização das autogestões dos Tribunais. Quase a totalidade de autogestões foi iniciada apenas com a vontade de dirigentes visionários e de servidores dedicados. Atualmente, algumas exigências técnicas da ANS vêm sendo observadas por autogestões de órgãos públicos, especialmente as que tratam de avaliação atuarial dos planos e a constituição de reservas financeiras, garantidoras de riscos.

## **6 CONCLUSÃO**

O projeto que integra este estudo traz os conceitos e ferramentas mais modernos utilizados no segmento privado de plano de saúde, como auditoria externa, sinistralidade como parâmetro de saúde financeira, gerenciamento de portadores de doenças crônicas, prevenção de doenças, *softwares* específicos de gestão em saúde, rede credenciada reduzida e qualificada e outros que ajudarão na consolidação da autogestão.

O estudo levou em consideração os aspectos financeiros e gerenciais administrativos, pautado no pragmatismo, resultando no projeto com sugestões de Cronograma de Implantação, Regulamento Geral do Plano de Assistência à Saúde, Minuta de Resolução da criação

da autogestão, Minuta de termo de referência de licitação, orientação detalhada de como criar o CNPJ, dentre outras instruções.

A autogestão deve fazer parte de um conceito ampliado de atenção à saúde e qualidade de vida que é mais abrangente do que apenas a assistência médica e hospitalar. Esta é a mesma visão da Organização Mundial de Saúde, quando define qualidade de vida como a “percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto da cultura de sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A autogestão deve manter-se com um equilíbrio econômico-financeiro adequado para sua consolidação e propiciar o aumento de benefícios. Para que este objetivo seja alcançado é preciso haver uma sinistralidade baixa que está diretamente relacionada ao grupo para o qual é oferecida a cobertura. Portanto, cuidar do grupo coberto pelo benefício é determinante para a redução da sinistralidade e a conseqüente sustentabilidade do plano.

A princípio, as dificuldades a serem superadas estão relacionadas à estrutura de pessoal e recursos para aquisição do *software* gerencial. Inicialmente, sugerimos a inclusão do valor do *software* gerencial na dotação orçamentária e, caso não se consiga, pode-se tentar uma negociação com instituições bancárias oficiais para que o programa seja custeado, em contrapartida dos depósitos dos recursos próprios da autogestão na respectiva entidade financeira. Nesse caso, o CNPJ já deverá estar criado, para que se iniciem as negociações. Há também a possibilidade de se obterem programas de gestão de saúde alugados a um custo baixo, como no TRE do Pará.

Portanto o estudo demonstra que a criação da autogestão mostra-se uma alternativa viável e uma necessidade face à situação de vulnerabilidade e instabilidade em que se encontram os servidores e

magistrados junto às operadoras de planos de saúde contratadas nos últimos anos por este Tribunal.

Ressaltamos que a atitude da Administração em fomentar atividades complementares correlatas com a saúde dos servidores e magistrados é fundamental. O foco deve ser a saúde, e não mais a doença. Dessa forma, faz-se necessário um programa de gerenciamento de saúde e planejamento da Administração do Tribunal com o objetivo de desenvolver ações para melhoria na qualidade de vida de nossa comunidade. É também essencial a formação de um **grupo multidisciplinar** permanente com médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros, integrados para promover o bem estar dos que trabalham neste Tribunal.

Ante o exposto, concluímos pela viabilidade da implantação do plano de saúde de autogestão.

Submetemos à Presidência o projeto desenvolvido pela comissão multissetorial, dentro do conceito de gestão integrada do TRT da 5ª Região, na expectativa de termos contribuído para a tomada de decisão quanto à implantação de plano de assistência à saúde na modalidade autogestão patrocinada para servidores e magistrados deste Regional.

## **PARTE II - PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE PLANO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

## **7 IDENTIFICAÇÃO**

1.1 - Projeto de implantação do Plano de Autogestão em Saúde no Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região.

1.2 – Data de elaboração: abril de 2011.

1.3 – Duração: 12 meses

1.4 – Início: maio de 2011.

## **8 PATROCINADOR E EXECUTOR**

A autogestão em saúde, denominada neste projeto de TRT5 SAÚDE, terá como patrocinador o Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região. A sua implantação ficará a cargo da Secretaria de Assistência à Saúde, unidade administrativa a ser criada, sendo o seu dirigente responsável pela coordenação do projeto.

## **9 JUSTIFICATIVA**

Os procedimentos licitatórios para contratação de planos de saúde para magistrados, servidores e respectivos dependentes têm se mostrado de pouca valia, quanto à necessidade de contratar operadora que preste serviços de qualidade aos beneficiários. Somem-se os constantes aborrecimentos com imposição de preços desproporcionais à qualidade dos serviços oferecidos e a ampliação ou restrição da rede credenciada em tipos diferenciados de planos.

Urge a necessidade de desenvolver políticas de atenção à saúde e melhoria da qualidade de vida de servidores, magistrados e respectivos dependentes para atendimento aos objetivos estratégicos do Tribunal, consubstanciada na implantação de gestão própria de saúde

que ofereça progressivamente ampla cobertura de assistência médica e odontológica.

## **10 OBJETIVO GERAL**

Desenvolver políticas de atenção à saúde e melhoria da qualidade de vida de magistrados, servidores e respectivos dependentes para atendimento aos objetivos estratégicos do Tribunal, oferecendo-lhes, ainda, benefício em forma de plano de saúde estável e de melhor qualidade.

## **11 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Implantar Plano de Autogestão em Saúde para magistrados, servidores e respectivos dependentes com progressiva ampliação das coberturas;

Criar unidade administrativa para operacionalização do plano de autogestão em saúde;

Centralizar as ações estratégicas de gestão de saúde na nova unidade administrativa.

## **12 PASSOS PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO TRT5**

A implantação da Autogestão de Saúde exigirá o cumprimento de uma série de etapas por parte da Administração.

Nos itens a seguir estão relacionados os passos indispensáveis à referida implantação.

12.1 – Promover ações de sensibilização de servidores e magistrados para a necessidade de interrupção do pagamento do Auxílio Médico-Hospitalar no início do ano de 2012, direcionando os recursos do orçamento da patrocinadora para a autogestão;

12.2 – Promover consulta pública para discussão do regulamento geral por servidores e magistrados;

12.3 – Verificar a viabilidade de criação de unidade administrativa ao nível de **Secretaria** para gerenciamento do Plano de Autogestão de Saúde, com a estrutura organizacional sugerida no item 24, devendo ser definidas pela área de O&M – Organização e Métodos - as rotinas e os fluxos de informações da nova unidade (Secretaria de Assistência à Saúde);

12.4 – Analisar a viabilidade de remoção interna de, no mínimo, treze servidores para compor o quadro de pessoal da referida unidade administrativa;

12.5 – Submeter o projeto do grupo multissetorial ao Tribunal Pleno para fins de avaliação e deliberação;

12.6 – Contratar consultoria especializada em avaliação atuarial e financeira do plano, no valor estimado de R\$70.000,00 (setenta mil reais), com o objetivo de sugerir os prêmios, por faixa etária e por remuneração, suficientes para cobertura dos sinistros mensais e constituição das reservas financeiras.

12.7 – Definir valores das contribuições dos beneficiários;

12.8 – Solicitar crédito suplementar para 2011 equivalente a R\$1.520.000,00 (um milhão, quinhentos e vinte mil reais), sendo R\$1.450.000,00 para aquisição do sistema informatizado de gestão de Saúde e R\$70.000,00 para a contratação da consultoria atuarial. No caso de inviabilidade de aprovação do crédito suplementar para 2011, o referido crédito poderá ser incluído, no primeiro semestre de 2011, na proposta orçamentária de 2012;

12.9 – Suspender o pagamento do Auxílio Médico-Hospitalar para direcionamento dos créditos orçamentários para a autogestão, sendo este o aporte inicial de recursos, conforme demonstrado no quadro 2 do ANEXO III e no cronograma de implantação sugerido no item 13;

12.10 – Capacitar o quadro de pessoal, podendo ser assinado termo de cooperação com o Pró-Social para fins de treinamento prático, em suas dependências na Seção Judiciária da Bahia ou em sua sede em Brasília;

12.11 – Aprovar Regulamento Geral e o Manual Operacional da autogestão em plano de saúde e o Programa de Ações Preventivas, após as necessárias adaptações efetuadas em razão das sugestões apresentadas pela consultoria atuarial e, posteriormente, elaborar o Regimento Interno do Conselho Deliberativo,;

12.12 – Criar pessoa jurídica junto à Receita Federal;

12.13 – Credenciar os prestadores de serviços médicos e odontológicos, podendo ser assinado termo de cooperação com o Pró-Social para fins

de utilização provisória da sua rede de credenciados em todo o território nacional;

12.14 – Cadastrar os beneficiários e expedir as carteiras necessárias à utilização da rede credenciada;

12.15 – Contratar auditores especializados em saúde para fins de acompanhamento das internações, no valor estimado em R\$40.000,00 (quarenta mil reais) mensais.

Dada a importância da decisão, durante o exercício de 2011 deverá ser utilizado um cronograma para planejamento, caso o Tribunal opte pela implantação. O cronograma organiza os passos citados neste item, permitindo visualizá-los no tempo e preparar cada etapa com a antecedência necessária.

### **13 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO**

Em 2011, o Serviço de Saúde, Comitê de Saúde do Trabalhador, Projetos Especiais, Seção de Apoio a Planos de Saúde e Assessoria de Comunicação desenvolverão o programa de prevenção e acompanhamento dos portadores de doenças crônicas, reunindo-se, a cada 03 meses, com a **Secretaria de Assistência à Saúde** (a ser criada) para discussão dos resultados e desenvolvimento de políticas de atenção à saúde.

Março de 2011

- Iniciar o trabalho de traçar o perfil epidemiológico, fazer o planejamento anual das campanhas de prevenção e traçar as metas para o monitoramento dos portadores de doenças crônicas, incluindo-se os dependentes dos servidores também neste perfil.

Abril e maio de 2011

- Regulamentar e iniciar o exame periódico dos servidores;
- Verificar quais os programas necessários para iniciar a autogestão e levantar o seu custo exato, com o apoio da Secretaria de Informática;
- Incluir na proposta orçamentária de 2012 o equivalente a R\$1.520.000,00 (um milhão, quinhentos e vinte mil reais), sendo R\$1.450.000,00 para aquisição do sistema informatizado e R\$70.000,00 para a contratação da consultoria atuarial;
- Iniciar campanha esclarecendo aos servidores o que é a autogestão e quais são os seus benefícios, assim como o esforço que todos terão que fazer para concretizar o projeto de autogestão;
- Convidar gestores de planos de saúde de autogestão de Órgãos Públicos para demonstrar suas experiências de sucesso.

**Obs: A renovação do contrato com a Promédica é sempre negociada em maio.**

Junho de 2011
---------------

- Submeter à Presidência o projeto final do grupo multissetorial para que seja posteriormente enviado à apreciação do Tribunal Pleno para fins de avaliação e deliberação;
- Decidir qual será a tabela de remuneração dos serviços prestados à autogestão, aprovado o projeto pelo Tribunal Pleno. Poderá, inicialmente, ser adotada a tabela do Pró-Social, no caso de utilização da sua rede credenciada, conforme item 32;
- Iniciar a criação de um espaço na intranet para esclarecimentos sobre a autogestão;
- Criar a **Secretaria de Assistência à Saúde** que deverá atuar de forma integrada com a Diretoria Geral, Secretarias de Gestão de Pessoas, de Orçamento e Finanças, de Informática e Organização e Métodos para implantação e funcionamento da autogestão;
- Iniciar a remoção e treinamento de servidores que irão trabalhar na autogestão;
- Receber e apreciar as sugestões sobre a Regulamentação da autogestão, colhidas em Consulta Pública, e encaminhar a minuta final para deliberação do Tribunal Pleno;
- Iniciar desenvolvimento do fluxograma de trabalho da Secretaria com ajuda da O&M.
- Iniciar o levantamento da rede credenciada. Uma pré-seleção da rede credenciada com a ajuda do Pró-Social na Bahia. Manter contato com a Unimed Norte/Nordeste e com a Gama Saúde para verificar a viabilidade de um convênio, nos moldes do Pró-Social, para ter abrangência no interior da Bahia e na esfera nacional. A

rede credenciada deverá ser preferencialmente reduzida e qualificada, para conter uma possível alta de sinistralidade.

Julho de 2011

- Preparar os modelos de contratos para os credenciamentos e convênios;
- Elaborar procedimentos para escolha do Conselho Deliberativo.

Agosto de 2011

- Iniciar a elaboração do termo de referência para aquisição ou aluguel do programa (*software*) para gerenciar a autogestão.

Setembro de 2011

- Inscrever o CNPJ na Receita Federal, criando a autogestão, com o fito de poder iniciar negociações em nome da autogestão;
- Constituir o Conselho Deliberativo;
- Verificar se houve a aprovação da proposta orçamentária com o valor requisitado. Caso a proposta não tenha sido aceita, iniciar a negociação com as instituições bancárias oficiais do valor para aquisição dos programas, em contrapartida aos depósitos das mensalidades da autogestão;
- Definir sobre a licitação de aquisição ou aluguel do sistema informatizado;
- Abrir a licitação para registro de preços com a finalidade de aquisição dos programas e do estudo atuarial. Contratar

consultoria especializada em avaliação atuarial e financeira do plano, no valor estimado de R\$70.000,00, com o objetivo de sugerir os prêmios, por faixa etária e por remuneração, suficientes para cobertura dos sinistros mensais, constituição das reservas de contingências - REF – Reserva Financeira de Emergência, conforme sugerida no Regulamento Geral nos arts. 72 e 73.

Outubro de 2011
-----------------

- Promover ações de sensibilização de servidores e magistrados para a necessidade de redução, em média, de 75% do pagamento do Auxílio Médico-Hospitalar no início do ano de 2012, direcionando-se os recursos do orçamento para os pagamentos das faturas dos credenciados. A partir de maio de 2012 haverá extinção deste auxílio.
- Providenciar informações aos aposentados e pensionistas sobre a criação da autogestão em maio de 2012, com ajuda da ASA5, da AMATRA5 e do Sindjufe;
- Desenvolver um “folder” informativo para ser entregue aos aposentados e pensionistas na ocasião do cadastramento.

Novembro de 2011
------------------

- Homologar a licitação;
- Assinar os contratos com as empresas vencedoras da licitação.

Dezembro de 2011
------------------

- Publicar o ato presidencial que reduz o valor do Auxílio Médico-Hospitalar a partir de janeiro de 2012 e sua extinção em maio de 2012.

Janeiro de 2012
-----------------

- Assinar o termo de cooperação com o Pró-Social para fins de capacitação dos servidores da nova secretaria e, se for o caso, de utilização da rede credenciada temporariamente;
- Iniciar os contratos com a rede já selecionada e de convênio para a cobertura no interior do Estado e em âmbito nacional;
- Iniciar a implementação do *software* pelo consultor da empresa vencedora da licitação. Previsão de quatro meses;
- Iniciar o estudo atuarial;
- Iniciar a seleção dos auditores especializados em saúde;
- Credenciar as empresas de Home-Care que irão prestar serviços para o TRT5 - SAÚDE;
- Abertura da licitação para contratar empresa que irá confeccionar as carteiras e os manuais da rede credenciada, na impossibilidade de serem produzidos pela gráfica do Tribunal ;
- Incluir nas atividades de recadastramento informações sobre a criação da autogestão e a mudança de plano de saúde;
- Consolidar, com a ajuda da O&M, a implantação da estrutura organizacional;
- Elaborar o manual operacional da unidade.

Fevereiro de 2012
-------------------

- Iniciar a seleção dos auditores especializados em saúde;
- Desenvolver um manual da autogestão (procedimentos, direitos, deveres...). Criação de um espaço na intranet para consulta pelos beneficiários;
- Criar mecanismo para incluir na página da Secretaria de Gestão de Pessoas, na intranet, informação sobre o valor de coparticipação devido por cada servidor;
- Entregar o informativo de mudança de plano para todos os aposentados e pensionistas. Aproveitar o recadastramento anual para informar sobre o novo plano do TRT da 5ª Região;
- Desenvolver o programa para que os servidores que não se manifestarem contra, sejam transferidos automaticamente da Promédica para o plano de autogestão.

Março de 2012
---------------

- Intensificar o treinamento dos servidores que irão integrar a unidade da autogestão.
- Contratar os auditores especializados em saúde, no valor estimado em R\$40.000,00 (quarenta mil reais) mensais;
- Homologar a licitação da empresa que fornecerá as carteiras e os manuais da rede credenciada.

Abril de 2012

- Solicitar que a Promédica forneça a lista de todos os beneficiários internados em hospitais, com cirurgias marcadas, em tratamento de doenças e em home-care para proceder a transferência para o TRT5 SAÚDE.
- Iniciar o cadastramento dos que desejem aderir ao plano de autogestão.

01 maio de 2012

- Início do TRT5 SAÚDE;
- Extinção do benefício Auxílio Médico-Hospitalar.

#### **14 ANDAMENTO DO PROJETO**

O dirigente da Secretaria de Assistência à Saúde, coordenador do projeto, apresentará mensalmente à Presidência deste Regional, relatório contendo o resultado das ações implementadas visando ao cumprimento do cronograma proposto neste projeto.

#### **15 CUSTOS INICIAIS DE IMPLANTAÇÃO**

A operacionalização da nova unidade administrativa provocará aumento nas despesas de custeio e, em primeiro momento, nas despesas de capital, com aquisição de móveis e equipamentos. Caso o Tribunal opte pela implantação da autogestão, tais gastos devem ser

estimados pela Secretaria de Assistência à Saúde e incluídos na proposta orçamentária de 2012.

No que tange aos gastos imediatos estimáveis, há custos mensais decorrentes da necessidade de contratação de serviços já citados em itens anteriores, cujo montante consta no quadro adiante:

<b>INCREMENTO IMEDIATO DE CUSTO DIRETO PARA O TRT5 (Exceto materiais de expediente, móveis e equipamentos, água, luz e telefone)</b>		
<b>ITEM</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ESTIMADO</b>
1	Contratação de consultoria atuarial	R\$70.000,00
2	Aquisição de sistema de gestão de Saúde	R\$1.450.000,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$1.520.000,00</b>

<b>DESPESAS ANUAIS CUSTEADAS PELA AUTOGESTÃO</b>	
Auditoria Médica Terceirizada	R\$480.000,00

## **16 GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE**

A gestão de saúde deverá atender aos objetivos do TRT5 definidos no Mapa Estratégico que equivale ao desenvolvimento de políticas de atenção à saúde com fulcro na prevenção de doenças e na criação de um plano de saúde de autogestão que atenda à demanda da comunidade deste órgão.

As políticas de atenção à Saúde poderão incorporar benefício em forma de Plano de Autogestão em Saúde, com ampla cobertura médica,

odontológica e paramédica, que tenha compromisso com a qualidade de vida dos beneficiários.

Embora a idéia inicial tenha sido focar os estudos na possibilidade de implantação de plano de autogestão, percebeu-se a necessidade de incorporar ações estratégicas de saúde ao objeto da proposta do grupo multissetorial e sugerir a implantação de ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde (recadastramento, perfil epidemiológico, exames periódicos, ações de acompanhamento de beneficiários em tratamento e de portadores de doenças crônicas), algumas delas atualmente desenvolvidas pelo Comitê de Saúde e pelo Serviço de Saúde.

### **16.1 – MISSÃO DA GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO TRT5**

Oferecer a magistrados, servidores, ativos e inativos do Tribunal, e respectivos dependentes, benefícios sociais progressivos representados por uma ampla cobertura de assistência médica e odontológica e por ações de prevenção a doenças. A ampla cobertura médica e odontológica será alcançada paulatinamente, à medida que as metas de equilíbrio financeiro sejam alcançadas. A Administração, juntamente com a unidade administrativa competente a ser criada, deverá elaborar o planejamento estratégico da Autogestão de Saúde definindo a missão, a visão de futuro, os valores e os objetivos estratégicos.

## **17 PLANO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

As autogestões pesquisadas, cujos órgãos patrocinadores pertencem ao Poder Judiciário Federal, gozam de expressiva aceitação

por parte de seus beneficiários. O estudo em curso no âmbito deste Regional, visando à implantação de autogestão em plano de saúde, deve, necessariamente, ser conduzido a partir da apreensão das boas práticas observadas em tais entidades, responsáveis pelo razoável patamar de efetividade de suas respectivas políticas de atenção à saúde. Somado a isso, há a certeza de que os modelos de autogestão dos Tribunais vêm sendo observados de perto pelo Tribunal de Contas da União, não havendo registro em seus julgados de determinações contrárias aos referidos modelos.

## **18 CONTRATAÇÃO DE CONSULTORIA ATUARIAL**

Para avaliação atuarial e financeira do plano, definição do prêmio por beneficiário e da contribuição individual para fins de formação de reserva financeira, é indispensável a contratação de serviços de consultoria especializada, cujo custo é estimado em R\$70.000,00 (setenta mil reais).

O projeto básico para contratação de consultoria atuarial encontra-se nos itens 40 e 41.

## **19 APORTE DE RECURSOS/RECEITAS DA AUTOGESTÃO**

O plano de autogestão utilizará duas fontes de recursos: a dotação da patrocinadora destinada à ação orçamentária “Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e Seus Dependentes” (Auxílio Médico-Hospitalar) e as contribuições arrecadadas dos beneficiários.

A viabilidade financeira inicial da autogestão será alcançada por meio do orçamento da patrocinadora, TRT5, fonte inicial de recursos mais expressiva.

Como demonstrado no Quadro 2 do ANEXO III as faturas dos credenciados serão encaminhadas à patrocinadora para pagamento, utilizando-se o crédito orçamentário disponível, enquanto a autogestão arrecada e acumula as contribuições dos beneficiários descontadas em folha de pagamento.

A partir da insuficiência dos créditos orçamentários da patrocinadora, as faturas passam a ser pagas pela autogestão, utilizando os recursos próprios arrecadados dos seus beneficiários. Assim procedendo, a autogestão estará formando um aporte de recursos próprios nos primeiros meses do exercício para utilizar parte dele no segundo semestre.

O demonstrativo, contido no referido Quadro 2, simula os fluxos de caixa da autogestão a partir de dados reais de sinistros e prêmios coletados das três maiores operadoras de plano de saúde utilizadas por servidores e magistrados deste Regional. Conforme o Quadro 1 do ANEXO III, durante o exercício de 2010, as referidas operadoras faturaram a quantia total de R\$20.526.630,85 para um sinistro equivalente a R\$15.266.585,67.

O quadro 3 do ANEXO III simula o fluxo de caixa utilizando dados reais de sinistro e prêmio colhidos exclusivamente do universo do contrato Promédica e Tribunal. Verificar, no item 29 a importância desta informação.

A receita própria da autogestão deverá ser obtida a partir da precificação das contribuições individuais, proposta pela consultoria atuarial, em patamar suficiente para arcar com os custos da assistência

indireta e constituir as provisões necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano.

## **20 ORÇAMENTO DA PATROCINADORA – TRT5**

Para garantia da viabilidade financeira, este Regional deve direcionar todo o crédito destinado à ação orçamentária “Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e Seus Dependentes” (Auxílio Médico-Hospitalar), para a autogestão. Este crédito se constituirá na contribuição deste Regional como entidade patrocinadora da autogestão. Assim, a partir de janeiro de 2012, o valor do Auxílio Médico-Hospitalar deverá ser reduzido, em média, 75% (setenta e cinco por cento) e, posteriormente, quando da implantação da autogestão em plano de saúde, será extinto.

A destinação exclusiva dos créditos orçamentários para pagamento das faturas dos credenciados e outros contratos de serviços da autogestão provoca a cessação do pagamento do Auxílio Médico-Hospitalar a magistrados, pensionistas e servidores. Embora se trate de medida polêmica, no Acórdão 2.538/2008-Plenário, o TCU avaliou a questão tendo entendido que “9.1.1. a escolha por uma, entre as modalidades de prestação de assistência à Saúde previstas no artigo 230 da Lei 8.112/1990, ou, ainda, pela combinação daquelas formas ou modalidades, foi deixada no campo da discricionariedade dos administradores dos órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal”.

## **21 CONTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

As fontes de recursos próprios da autogestão são as contribuições dos servidores, correspondentes às mensalidades e coparticipações, descontadas em folha de pagamento. Os valores iniciais serão definidos a partir dos estudos da consultoria atuarial.

Nas consultas às autogestões, ficou evidente que a forma aconselhada pelas consultorias atuariais para a composição dos valores de contribuição dos beneficiários, que se apresenta socialmente mais justa, é a combinação de faixa etária, número de dependentes e percentual sobre a remuneração.

Embora as tabelas vigentes das operadoras possam nortear os níveis das contribuições dos beneficiários da autogestão pretendida, somente após a avaliação de consultoria atuarial será possível avaliar os níveis de receitas necessários ao gerenciamento dos sinistros e constituição das provisões.

## **22 CRIAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**

Assim como ocorreu com as autogestões consultadas, é indispensável a criação de uma pessoa jurídica mediante registro de CNPJ na Receita Federal, com a finalidade de proporcionar a movimentação dos recursos próprios. Entretanto, esta não estará sujeita ao pagamento de tributos, em média 12% das receitas, por se tratar de órgão público.

O princípio da unicidade de caixa veda a abertura de conta bancária em nome da patrocinadora para fins de gerenciamento dos recursos próprios da autogestão. Deverá ser aberta uma conta, utilizando o CNPJ da autogestão, para fins de movimentação financeira

dos recursos provenientes das contribuições dos beneficiários e administração de reservas técnicas necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro.

Ainda como as demais autogestões, não deverá ser realizado registro junto à ANS- Agência Nacional de Saúde, porque os órgãos públicos não se sujeitam à normatização dessa autarquia, conforme tratado no item 5.

## **23 SISTEMA INFORMATIZADO**

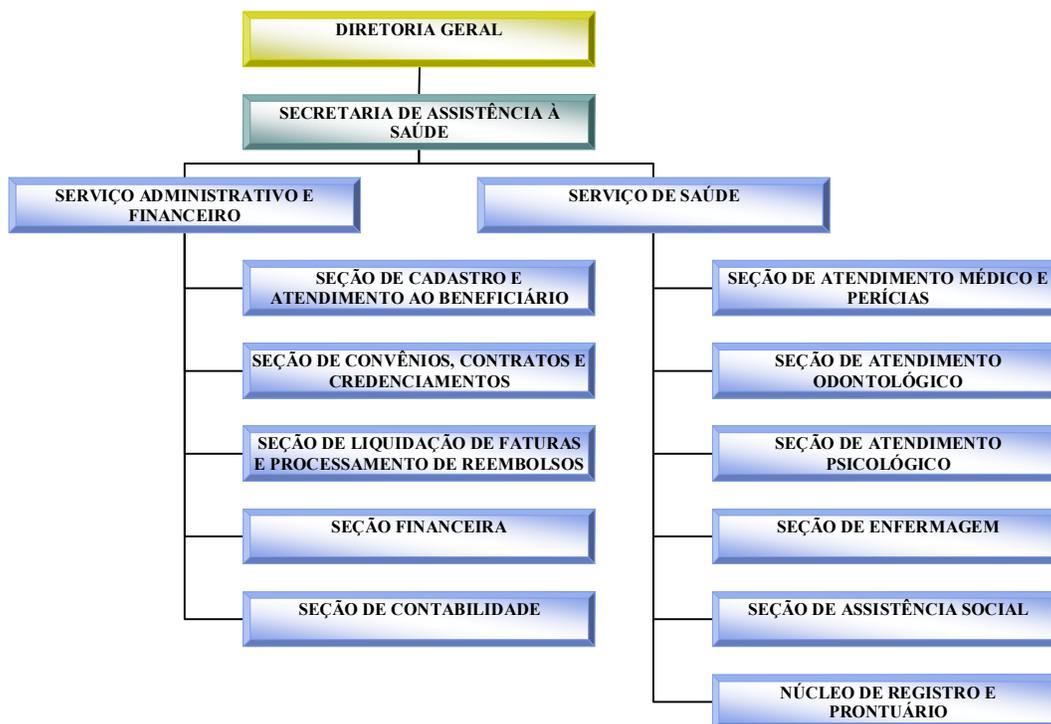
Dentre as autogestões contatadas, algumas desenvolveram sistema de gestão de Saúde por meio da sua área de informática; outras adquiriram o sistema no mercado, mediante licitação, como o TRF1 e, aderindo a sua ata de registro de preços, o STF.

O desenvolvimento do sistema pela SI – Secretaria de Informática demandará muito tempo para conclusão, dada a complexidade do sistema que envolve a gestão contábil, financeira, da rede credenciada, do faturamento, do envio eletrônico de faturas, dos indicadores, dos programas de prevenção, etc. O ideal é que o sistema seja adquirido no mercado, e o custo equivale a aproximadamente R\$1.400.000,00 (um milhão e quatrocentos mil reais), conforme contratação realizada pelo TRF1 em 2009, e pelo STF mais recentemente.

## **24 PLANO ORGANIZACIONAL**

A autogestão cumprirá melhor o seu papel se for estruturada em nível de **Secretaria**, subordinada à Diretoria Geral, subdividida em Serviços e estes em Seções Especializadas de acordo com atividades

afins. Serão segregadas as atividades administrativas e financeiras relacionadas à Secretaria de Assistência à Saúde, como consta na minuta de organograma a seguir:



A Secretaria de Assessoramento em Organização e Métodos definirá a estrutura e as competências da unidade de acordo com o grau de especialização de cada seção, elaborando os fluxogramas e manuais de rotina, e avaliará a adequação do organograma proposto que indica a necessidade da disponibilização de 02 cargos em comissão – CJ e 07 funções comissionadas – FC.

Caba ressaltar que o Serviço de Saúde e suas respectivas seções já existem na estrutura deste TRT, salvo o Núcleo de Registro e Prontuário que é acrescido neste organograma.

## **25 A EQUIPE DE SERVIDORES**

Tendo como parâmetro as autogestões avaliadas de mesmo porte da pretendida por este Regional, estima-se a necessidade de lotação de 13 servidores na nova unidade administrativa, para o desenvolvimento das atividades, mais um grupo de auditores terceirizados especializados em saúde, ligado à seção de Faturas e Processamento de Reembolso.

A quantidade de servidores proposta leva em consideração a aquisição de um bom programa de informática para a gestão de saúde, tendo em vista que haverá uma redução significativa do volume de trabalho e, conseqüentemente, da necessidade de pessoal.

A Secretaria de Assistência à Saúde deverá ser composta por servidores graduados em Contabilidade, Administração, Economia e Direito para atuação nas atividades que exijam conhecimento técnico especializado. Nela deverão ser desempenhadas as atividades de: atendimento, cadastro, inclusão, exclusão, emissão de carteiras de beneficiários; liquidação e pagamento de faturas médicas e odontológicas; emissão de guias médicas e odontológicas; contato com credenciados e entidades representativas do ramo de autogestão; credenciamento de hospitais, clínicas, laboratórios, e profissionais liberais; avaliação das metas financeiras da autogestão; negociação de relatórios de glosa com credenciados; autorização para procedimentos médicos e odontológicos.

## **26 CAPACITAÇÃO DOS SERVIDORES**

A capacitação dos servidores deverá ser objeto de planejamento da CDP, Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas, sendo

importante a inclusão, no rol de eventos, de palestras com administradores de autogestões nos Tribunais e treinamento em serviços específicos.

Para alcance deste objetivo, o Tribunal poderá assinar termo de cooperação com o Pró-Social para fins de treinamento prático nas suas dependências na Seção Judiciária da Bahia ou em sua sede em Brasília.

## **27 ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA**

Para a administração financeira da autogestão, deverá ser observado o princípio da segregação de funções. A unidade responsável pela liquidação das despesas não deverá realizar os pagamentos, situação já prevista no plano organizacional ao separar as referidas atividades.

O processamento das despesas com procedimentos médicos, paramédicos e odontológicos obedecerá aos estágios próprios das despesas públicas: empenho, liquidação e pagamento quando utilizados os créditos orçamentários da patrocinadora, e os dois últimos estágios, no caso de utilização de recursos próprios da autogestão.

As metas de equilíbrio econômico-financeiro deverão ser objeto de acompanhamento mensal, de forma que as ações indispensáveis ao reequilíbrio das contas sejam adotadas antecipadamente. O ANEXO III traz um esquema de acompanhamento das metas econômico-financeiras, podendo ser adotado e melhorado a partir da avaliação atuarial.

As provisões técnicas deverão ser constituídas, a exemplo da RFE – Reservas Financeiras Emergenciais – no percentual de 20% da despesa anual da autogestão em plano de saúde, apurada no exercício

anterior, como sugerido no Regulamento Geral. Este percentual deverá ser confirmado pelo estudo atuarial, sendo objeto de aplicação no mercado de capitais para fins de manutenção do seu valor econômico e geração de receitas alternativas.

## **28 MOVIMENTAÇÃO DE CONTA BANCÁRIA**

Os recursos próprios serão movimentados em conta bancária aberta em nome da autogestão, em instituição bancária escolhida mediante orientação do Conselho Deliberativo, devendo os pagamentos e as aplicações serem realizados mediante a aposição das assinaturas, em documento próprio, do Diretor da Secretaria de Assistência à Saúde e do Diretor Geral.

## **29 PROCEDIMENTOS DE LIQUIDAÇÃO DE DESPESA E DE PAGAMENTO**

As faturas serão liquidadas na unidade de Liquidação de Faturas e Processamento de Reembolsos, obedecendo aos critérios de processamento definidos na Lei 4.320/64 - Lei Orçamentária - e, para pagamento, deverão os respectivos processos administrativos, devidamente instruídos, serem encaminhados à Secretaria de Orçamento e Finanças do TRT, enquanto houver crédito orçamentário disponível, e, quando cessarem os referidos créditos, à seção financeira da autogestão que, a partir de então, usará os recursos próprios obtidos pelas mensalidades e coparticipações dos beneficiários.

### **30 MANUAL OPERACIONAL**

Os fluxos das rotinas deverão ser objeto de mapeamento para confecção de manuais, quando da implantação da unidade administrativa responsável pelo gerenciamento da autogestão.

### **31 LISTAS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS**

As listas de procedimentos médicos e odontológicos serão elaboradas pela unidade administrativa responsável pelo gerenciamento da autogestão. Tanto a UNIDAS quanto as autogestões já constituídas dispõem de listas de procedimentos médicos e odontológicos, podendo o Tribunal adotá-las como modelo, especialmente em se tratando de necessidade de manter os mesmos códigos de procedimentos.

A cobertura odontológica poderá ser oferecida posteriormente, tendo em vista a complexidade da efetivação da primeira etapa.

### **32 REDE CREDENCIADA**

A rede credenciada deverá ser formada ao longo dos anos. No início, a autogestão poderá utilizar a rede credenciada do Pró-Social, mediante a assinatura de Termo de Cooperação. A rede credenciada do Pró-Social abrange os principais hospitais de Salvador, como os Hospitais Aliança, Português, São Rafael, Santa Isabel, Espanhol, dentre outros. Utiliza para tratamento fora do domicílio a UNIMED, especialmente para atendimento nas cidades do interior do Estado onde o credenciamento é prejudicado pela carência de profissionais e pela falta de comprovação da regularidade fiscal, e, no âmbito nacional, além da UNIMED, a Gama Saúde. Em São Paulo, mantém na sua lista de

credenciados os hospitais Beneficência Portuguesa, Hospital das Clínicas, AC Camargo, INCOR, Sírio-Libanês, Osvaldo Cruz, Albert Einstein e 9 de Julho.

Em caso de implantação da autogestão no TRT5, o Pró-Social, como informado por seu dirigente, coloca-se à disposição para assinatura de termo de cooperação para treinamento de pessoal e utilização da rede credenciada.

### **33 AUDITORIA MÉDICA**

A auditoria médica é a atividade de acompanhamento e fiscalização de contas médicas, análise e autorização de procedimentos e perícias médicas para liberação de cirurgias.

Essa atividade reduz substancialmente o risco de cobrança indevida de medicamentos, procedimentos médicos, materiais e taxas nas internações.

O dirigente do Pró-Social calculou em torno de 200 mil reais mensais a economia de recursos proporcionada pela auditoria médica recém-implantada, que custa o equivalente a R\$40.000,00 (quarenta mil reais) mensais.

Como a auditoria médica é uma atividade que exige formação específica, na implantação da autogestão, deverá ser providenciada, imediatamente, a terceirização desse serviço.

### **34 REGULAMENTO GERAL**

O TRT5 SAÚDE terá Regulamento Geral a ser aprovado por Ato/Resolução da Presidência do Tribunal. A minuta elaborada pelo grupo multissetorial, correspondente ao item 39, define questões como:

aceitação de beneficiários, inscrição e desligamento, carência para utilização do plano, assistências direta e indireta, cobertura, custeio e contribuição, atuação do conselho deliberativo, plano de aplicação anual, provisões financeiras, conselho fiscal e gestão do plano.

O Regulamento Geral, s.m.j, deve ser objeto de consulta pública para fins de divulgação dos critérios para participação no plano e apresentação pelos interessados de propostas de melhorias.

Alguns pontos da minuta do Regulamento Geral merecem destaque diante da necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano, fundamento basilar para a futura ampliação das coberturas e provável redução das taxas de coparticipação. Tais pontos são tratados nos subitens a seguir:

### **35 POPULAÇÃO A SER ASSISTIDA**

O número de vidas em potencial da autogestão está estimado em cerca de 10.116, conforme previsão no edital de licitação do Processo nº 09.53.07.0106-35, Pregão Presencial nº 080/07.

Inicialmente, há uma expectativa de pelo menos 3.168 beneficiários, que equivale ao número de vidas cobertas atualmente pela operadora Promédica. Isto porque não se espera, a princípio, grandes migrações de planos externos para a recém-criada autogestão, tendo em vista que a característica do beneficiário de plano de saúde é a estabilização em um determinado plano e não sua mudança por fatores externos a sua relação com a operadora de saúde escolhida. Além disso, a expectativa é que parte do potencial de beneficiários migrem para a autogestão, deixando seus antigos planos de saúde, somente após perceberem que a autogestão é realmente melhor do que o seus planos privados.

O quadro 3, Anexo III (apenas para melhor compreensão) demonstra as receitas e despesas realizadas por beneficiários da Promédica e simula a execução da despesa utilizando a dotação orçamentária, e, posteriormente, quando esta se esgota, a utilização do que seriam os recursos próprios da autogestão. Demonstra, ainda, neste caso específico, a formação do fundo representada pelo saldo acumulado.

Este Regional dispõe para o exercício de 2011 de crédito orçamentário de aproximadamente 6,6 milhões de reais para pagamento do Auxílio Médico-Hospitalar, que deverá ser integralmente direcionado para a autogestão. Atualmente, a operadora Promédica detém em sua carteira de beneficiários oriundos do contrato com o TRT5 o total de 3.168 vidas, apresentando um prêmio mensal de aproximadamente de R\$1.000.000,00 (um milhão de reais), e uma sinistralidade média de 82% (valor referente ao período de 12 meses apurado em maio de 2010).

Dessa forma, se não houvesse novas adesões, sem contar com as mensalidades pagas pelos beneficiários, e, ainda, se apenas houvesse despesa sem nenhuma receita, a manutenção da autogestão estaria garantida por mais de 06 meses.

Há que se considerar ainda que muitos servidores que possuem plano externo podem aderir ao plano de autogestão, alterando a configuração supra. Por outro lado, as adesões maciças aumentariam a receita resultante do acréscimo de mensalidades recebidas, o que faria com que se diluíssem os eventuais sinistros.

### **36 ACEITAÇÃO DE AGREGADOS**

Historicamente, os agregados já incluídos nos contratos de planos de saúde, sempre foram mantidos nos contratos subseqüentes, independentemente do atendimento aos requisitos exigidos. Assim, é recomendada a utilização deste critério na implantação da autogestão.

A aceitação de novos agregados deve ser evitada, nos casos de genitores, e restringida nos demais casos, como aconselham os Diretores de outros planos de autogestão, baseados em recomendações de consultorias atuariais.

Entretanto, este Regional poderá examinar a viabilidade de inclusão de novos agregados, com ônus parcial para a autogestão, se confirmada pela consultoria atuarial, ou como beneficiário apenas das tabelas de preços praticadas pela rede credenciada.

### **37 COBERTURA**

O plano, inicialmente, oferecerá cobertura de assistência médica superior ao rol da ANS- Agência Nacional de Saúde. À medida que for alcançando as suas metas financeiras, deverá ampliar a cobertura de atendimento, oferecendo aos beneficiários, em médio prazo, um plano diferenciado, se comparado aos serviços oferecidos pelas operadoras privadas.

### **38 COPARTICIPAÇÃO**

Coparticipação é o valor pago pela utilização dos serviços oferecidos visando à racionalização do uso do plano de autogestão. Nos primeiros meses de implantação do plano, a coparticipação terá um

papel relevante no seu equilíbrio econômico-financeiro. Com o passar do tempo, constatado o cumprimento das metas financeiras, previstas no Regulamento Geral, os respectivos percentuais poderão ser reduzidos ou extintos.

Os percentuais de coparticipação citados na minuta do Regulamento Geral em anexo, são sugestões baseadas em outras autogestões de órgãos públicos, tendo a consultoria atuarial papel relevante na definição das taxas reais a serem incluídas na sua versão definitiva.

### **39 REGULAMENTO GERAL DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Minuta da RESOLUÇÃO Nº

Regulamenta o Plano de Assistência à Saúde no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região.

O ÓRGÃO ESPECIAL DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA QUINTA REGIÃO, reunido em sua                   ª Sessão Ordinária, realizada no dia           de           de           , no uso de suas atribuições legais e regimentais, tendo como Presidente a Ex.ma Sra. Desembargadora Ana Lúcia Bezerra Silva, com a presença do Representante do Ministério Público do Trabalho, Ex.mo Sr. Procurador           , e dos Ex.mos. Srs. Desembargadores           ;

Considerando o relatório apresentado pelo Grupo Multissetorial instituído através da Portaria TRT5 1107/2010;

Considerando o objetivo estratégico do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região voltado à gestão de pessoas: desenvolvimento de políticas de atenção à Saúde, com foco em prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida das pessoas;

Considerando a necessidade de implantação do plano de assistência à saúde na modalidade autogestão patrocinada;

Considerando o disposto no art. 230 da Lei nº 8.112/90

e o contido nos autos do Processo nº ,

**R E S O L V E:**

APROVAR o Regulamento do Plano de Assistência à Saúde no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região que passa a ser o constante do anexo a esta Resolução, com efeitos a partir da data de sua publicação.

## **TÍTULO I**

### **DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

#### **CAPÍTULO I**

#### **FINALIDADE**

Art. 1º O TRT5 SAÚDE - Plano de Assistência à Saúde - tem por finalidade assegurar assistência aos beneficiários titulares e dependentes na forma estabelecida neste Regulamento.

Art. 2º A assistência à Saúde prestada pelo TRT5 SAÚDE compreende as ações necessárias à prevenção de doenças, à recuperação e à promoção da Saúde e à qualidade de vida dos seus beneficiários.

Parágrafo único – O TRT5 SAÚDE buscará a implantação progressiva de benefícios, conforme disponibilidade orçamentária e financeira.

Art. 3º A assistência à Saúde é prestada de forma direta e indireta aos beneficiários mencionados no capítulo II deste Regulamento.

## **CAPÍTULO II**

### **BENEFICIÁRIOS**

Art. 4º São beneficiários Titulares:

I – magistrados ativos e inativos;

II – servidores ativos e inativos;

III – juízes classistas inativos;

IV – pensionistas;

V – servidores cedidos, desde que sejam servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, regidos pela Lei nº 8.112/90;

VI – servidores em lotação provisória e os removidos, desde que recebam função comissionada pelo TRT da 5ª Região e sejam servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, regidos pela Lei nº 8.112/90.

§1º É permitida a inscrição no Programa aos servidores à disposição de outros órgãos ou afastados que recebam sua remuneração pela folha de pagamento deste Regional.

Art. 5º São beneficiários Dependentes, mediante comprovação da sua condição, para efeito deste Programa:

I – Cônjuge;

a) certidão de casamento.

II – Companheiro(a) que comprovem a união estável heterossexual ou homoafetiva ;

a) cédula de identidade do titular e do companheiro(a).

b) declaração firmada do estado civil, se solteiro, ou se separado judicialmente ou divorciado, certidão de casamento com a respectiva averbação.

c) 03 (três) dos seguintes instrumentos probantes:

- justificação judicial;

- certidão de nascimento de filho em comum;

- cópia autenticada de declaração conjunta de imposto de renda;

- certidão/declaração de casamento religioso;

- comprovação de residência em comum;

- conta bancária conjunta;

- apólice de seguro em que conste o companheiro como beneficiário;

- disposições testamentárias;

- qualquer outro elemento que, a critério do Conselho Deliberativo, se revele hábil para firmar-se convicção quanto à existência da união de fato.

III – Filho ou enteado, solteiro e sem companheiro, até 24 anos completos;

a) cópia da carteira de identidade.

IV – Filho ou enteado inválido, enquanto durar a invalidez;

a) cópia da certidão de registro civil ou da carteira de identidade.

b) laudo de Junta Médica do Tribunal comprovando a invalidez.

c) declaração de imposto de renda do beneficiário titular para verificação de dependência ou declaração de dependência prestada pelo beneficiário titular.

V – Menor sob guarda ou tutela;

a) certidão de registro civil.

b) termo judicial de guarda ou tutela.

c) declaração de imposto de renda ou declaração de dependência econômica.

§1º É vedada a simultaneidade de inscrição de cônjuge e companheiro(a) ou de companheiro(a) e companheiro(a), salvo se um já estiver no plano por determinação judicial.

Art.6º São beneficiários Agregados:

I – Todos os beneficiários que não se enquadrem nos itens de I a V, do artigo anterior, e que pertenciam ao plano de Saúde contratado por este Tribunal até a data da finalização do contrato, desde que solicitem inscrição até 30 dias da implantação da autogestão;

II - Filhos até a data em que completarem 30 anos;

III - Filhos maiores do pensionista até completarem 30 anos, se eram beneficiários no plano TRT5 SAÚDE como dependente do instituidor da pensão;

IV – Pessoa inválida, com parentesco com o titular por consanguinidade até o 2º grau ou que tenha estado durante a menoridade sob curatela ou guarda do titular e que viva sob a dependência econômica deste, sem

limite de idade, enquanto durar a invalidez, desde que separado de fato e não mantenha união estável.

§1º Os dependentes de que trata o inciso II e III, deste artigo, poderão permanecer no plano após os 24 anos, mas não poderão aderir, salvo nos casos de solicitação de exclusão seguido de pedido de reinclusão em que o período entre um e outro não ultrapasse 90 dias.

§2º Para efeito de inclusão no plano de Saúde dos agregados de pensionista, serão considerados como não excluídos do plano, se já pertenciam ao plano e o pedido de inclusão do titular, já na categoria de pensionista, foi realizado dentro dos 30 dias subseqüentes a publicação do deferimento da pensão.

§3º Ao fim do primeiro ano de funcionamento do TRT5 SAÚDE, cabe ao Conselho Deliberativo fazer uma análise para verificar a viabilidade de inclusão de pais dependentes econômicos no plano na categoria de agregados.

§4º A inscrição do beneficiário como dependente econômico estará condicionada à prévia comprovação desta situação.

### **CAPÍTULO III**

#### **INSCRIÇÃO**

Art. 7º A inscrição deverá ser feita mediante requerimento específico do beneficiário titular à Administração do Plano, em formulário próprio, do qual constarão:

I – dados cadastrais;

II – autorização para desconto em folha de pagamento da contribuição devida por cada beneficiário inscrito, conforme previsto neste Regulamento;

III – autorização para desconto em folha de pagamento do valor correspondente à sua participação no custeio dos serviços utilizados, coparticipação, conforme previsto neste Regulamento;

IV – autorização para realização de perícias médicas a qualquer momento e em orçamentos de qualquer valor, a critério do órgão competente.

Art. 8º A administração do TRT5 SAÚDE em conjunto com o Serviço de Pessoal , a qualquer tempo, poderá efetuar a revisão de cadastro de dependentes, verificar a exatidão das informações prestadas, bem como exigir a comprovação de declarações firmadas.

Art. 9º A inscrição e permanência dos servidores removidos, cedidos e em lotação provisória dependerá das seguintes condições:

I - apresentação de declaração do órgão de origem ou órgão cessionário que não esteja inscrito no Plano de Saúde daquela instituição ou de que não dispõe desse tipo de assistência;

II - apresentação anual do contracheque do órgão de origem ou órgão cessionário para comprovação da faixa salarial;

III- recebimento de função comissionada pelo TRT da 5ª Região.

## CAPÍTULO IV

### DESLIGAMENTO

Art. 10 Os beneficiários perderão o direito de utilizar o TRT5 SAÚDE no caso de exclusão, a pedido ou de ofício, ou quando o beneficiário titular deixar de receber pela folha de pagamento do Tribunal nos seguintes casos :

- I – licença para tratamento de interesses particulares;
- II – exoneração ou demissão;
- III – disposição para outros órgãos;
- IV- declaração de vacância por posse em cargo inacumulável;
- V – outras situações que ensejem o não recebimento pela folha de pagamento do Tribunal.

Art. 11 O pedido de exclusão do TRT5 SAÚDE deverá ocorrer até o vigésimo dia de cada mês para ter efeito no mês posterior ao da solicitação.

I- A formalização dos atos e procedimentos referentes ao desligamento do beneficiário titular do TRT da 5ª Região somente ocorrerá após o “nada consta” dado pela administração do TRT5 SAÚDE.

II- Nas exclusões a pedido ou de ofício, com continuidade de gozo dos direitos funcionais, o saldo de custeio, se houver, será descontado mensalmente por meio de consignação em folha, obedecendo, no caso da exclusão a pedido, o mesmo critério adotado no §1º, do art. 51 deste Regulamento.

§1º O beneficiário titular é responsável pelo uso de sua carteira e a de seus dependentes, assim como pelas despesas geradas após o seu desligamento do Plano.

§2º O uso indevido da carteira do TRT5 SAÚDE ou a apresentação de informações inverídicas ensejarão suspensão temporária ou cancelamento de ofício da inscrição mediante apreciação e definição do Conselho Deliberativo, bem como a cobrança integral das despesas decorrentes dos serviços utilizados ou eventuais prejuízos acarretados ao Programa.

§3º Em caso de falecimento do titular, os dependentes que requererem a pensão estatutária poderão solicitar, junto ao TRT5 SAÚDE, a permanência enquanto aguardam a decisão do processo de pensão, efetuando, antecipadamente, o pagamento mensal do plano mediante depósito na conta do TRT5 SAÚDE.

§4º Em caso de falecimento do beneficiário titular, os dependentes ou agregados que não têm direito à pensão não serão excluídos, se requererem a permanência no plano e se houver pensionista, instituído do grupo de dependentes do ex-titular, que autorize o desconto na sua folha de pagamento, salvo exceção do parágrafo 7º.

a) O tempo de permanência será de um terço do tempo em que o titular esteve vinculado ao plano, com o mínimo assegurado de seis meses e o máximo de dois anos.

§ 5º Os pensionistas deverão solicitar que os valores referentes aos beneficiários que permanecerem no plano, no máximo de 02, conforme o parágrafo anterior, sejam consignados em sua folha de pagamento.

§ 6º Os dependentes ou agregados que não tiverem direito à pensão, permanecerão no plano, independentemente das exigências do §4º, deste artigo , se estiverem em tratamento médico de urgência ou emergência ou com enfermidade que demande internação imediata.

a) Nestes casos, a permanência está vinculada ao fim do tratamento ou à finalização da internação e ao pagamento da mensalidade e da coparticipação diretamente na conta do TRT5 SAÚDE.

§7º Na hipótese de falecimento do beneficiário titular, havendo dependentes no plano de Saúde, caso não seja requerida a permanência nem a exclusão imediata do plano, a exclusão far-se-á somente 30 dias após o óbito, respondendo o espólio pelo remanescente da despesa,

## **CAPÍTULO V**

### **CARÊNCIA**

Art. 12 Os beneficiários do plano poderão usufruir das assistências previstas neste Regulamento, sem qualquer carência, nas seguintes situações:

I – ingresso no Tribunal, desde que a adesão ao Plano seja feita até 30 (trinta) dias da data de início da posse;

II – reassunção do exercício referente a retorno de licenças e afastamentos sem remuneração, desde que a adesão ao Plano seja feita até 30 (trinta) dias após o retorno;

III – ingresso no Plano para os filhos recém-nascidos dos beneficiários titulares no prazo de até 30 (trinta) dias da data do nascimento, desde que o titular não esteja cumprindo carência;

IV – ingresso no Plano para o cônjuge do beneficiário titular, desde que a adesão seja feita até 30 (trinta) dias a contar da data do casamento civil e não esteja o titular cumprindo carência;

V – ingresso no Plano do menor de 21 anos, legalmente sob guarda, responsabilidade ou tutela do beneficiário titular, desde que a adesão seja feita até 30 (trinta) dias a contar da data do ato judicial concessório e não esteja o titular cumprindo carência;

VI – ingresso no Plano do companheiro, assim considerado conforme condições estipuladas no item II do art. 5º deste Regulamento, desde que a adesão seja feita dentro do prazo de 30 dias a contar do reconhecimento por este Tribunal da referida condição e desde que não esteja o titular cumprindo carência;

VII – ingresso no Plano dos atuais pensionistas estatutários, desde que a adesão seja feita no prazo de até 90 (noventa) dias, contados da implantação do TRT5 SAÚDE;

VIII – ingresso no plano dos futuros pensionistas estatutários, desde que a adesão seja feita no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data de publicação do deferimento da pensão;

§1º O magistrado ou servidor que aderir ao Plano TRT5 SAÚDE, no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data da sua implantação,

não estará sujeito a qualquer carência para usufruir da assistência prevista neste Regulamento.

§2º O servidor à disposição de outro órgão que aderir ao Plano TRT5 SAÚDE, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados de sua implantação, não estará sujeito a qualquer carência para usufruir da assistência prevista neste Regulamento.

§3º O cônjuge e companheiro referidos nos incisos IV e VI estarão submetidos a uma carência para parto de 300 dias, observando, na hipótese de parto antecipado, o quanto disposto no parágrafo primeiro do art.13.

Art. 13 Os beneficiários titulares que não observarem os prazos previstos no artigo anterior estarão sujeitos ao transcurso de 90 (noventa) dias, contados da data da inscrição no Plano, para usufruir da assistência prevista neste Regulamento e mais uma taxa de adesão, no valor de uma mensalidade do titular.

§1º - Em caso de parto antecipado, o período de carência a que se refere o parágrafo terceiro do art. 12, será reduzido em número de dias em que o parto foi antecipado.

§2º – A carência a que se refere o presente artigo será aplicada às internações hospitalares, não se aplicando aos procedimentos de urgência e/ou emergência.

§3º – No caso de consultas médicas, os beneficiários estarão sujeitos ao período de carência equivalente a 15 (quinze) dias.

§4º - A taxa de adesão só será cobrada para os beneficiários titulares que não haviam aderido ao plano do TRT5 SAÚDE na época da implantação, não cabendo esta cobrança para os dependentes incluídos posteriormente.

Art. 14 Na hipótese de reinclusão decorrente de desligamento voluntário, a carência para utilização dos serviços previstos neste Regulamento será de:

I – noventa dias, contados da data do último reingresso, no caso de primeira reinclusão;

II - cento e oitenta dias, contados da data do último reingresso, no caso de segunda reinclusão;

III – trezentos dias para parto, conforme a regra prevista no parágrafo terceiro do art.12, combinado com o parágrafo primeiro do art.13.

§1º Nos desligamentos decorrentes da exclusão de ofício, a reinclusão só será efetuada mediante deliberação do Conselho, que estabelecerá o prazo para reingresso, a carência a ser cumprida, nunca inferior a cento e oitenta dias, ou mesmo a exclusão definitiva do Programa.

§2º - Nos casos de reinclusão será cobrada uma taxa no valor da mensalidade do titular.

§3º – Este artigo não se aplica na hipótese de reinclusão inferior a 30 dias.

## TÍTULO II

### ASSISTÊNCIA À SAÚDE

#### CAPÍTULO I

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.15 Os tipos de assistência previstos neste Regulamento serão prestados nas modalidades **direta** e **indireta**.

Art.16 A assistência direta será prestada a todos, sejam ou não beneficiários do Plano.

Art.17 A Assistência **Direta** é prestada nas dependências do TRT da 5ª Região por profissionais de Saúde de seu Quadro, para atendimento ambulatorial, emergencial, pericial, licenças médicas e Saúde ocupacional, sem ônus para o beneficiário.

Parágrafo único. Nos casos e localidades em que não houver profissionais para assistência direta, a prestação dos serviços será realizada, exclusivamente, na modalidade indireta.

Art.18 A Assistência **Indireta** é a prestada por terceiros e compreende as modalidades de Assistência *Dirigida* e de *Livre Escolha*, em todas as especialidades da área de Saúde cobertas pelo TRT5 SAÚDE.

§ 1º A Assistência *Dirigida* é a prestada por profissionais e instituições credenciados ou conveniados.

§ 2º A Assistência de *Livre Escolha* é a prestada por profissionais e instituições não credenciados ou conveniados e será concedida sob a forma de reembolso, observado o disposto neste Regulamento e nas tabelas adotadas pelo Plano para pagamento da rede referenciada.

Art.19 A Assistência à Saúde compreende:

I- A assistência médico-hospitalar e a ambulatorial compreenderão todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, hospitalares, gerais e especializados, inclusive os de urgência ou emergência, incluindo as situações decorrentes de acidente pessoal constantes na tabela do TRT5 SAÚDE.

a) A assistência médico-hospitalar e a ambulatorial, compreenderão especialidades que sejam reconhecidas pela Associação Médica Brasileira – AMB, Associação Mundial de Saúde – OMS e que necessariamente constem na Tabela de Procedimentos Médicos do TRT5 SAÚDE, observado o disposto no, art.32.

§ 1º Os acréscimos de serviços e procedimentos à lista de cobertura serão objeto de análise e decisão do Conselho Deliberativo, após estudo técnico e mediante proposta da Secretaria do TRT5 SAÚDE.

§ 2º O Conselho Deliberativo, visando ao equilíbrio financeiro do TRT5 SAÚDE, poderá excluir, limitar, reduzir, alterar a cobertura, ou sustar a concessão de qualquer tipo de assistência, bem como alterar os valores percentuais de participação dos beneficiários.

a) as alterações terão efeito apenas para o futuro, não atingindo os procedimentos passados ou em curso.

§ 3º Novos procedimentos de diagnósticos ou terapêuticos para casos de urgência poderão ser incluídos na lista de cobertura pela Secretaria TRT5 SAÚDE *ad referendum* do Conselho Deliberativo...

Art.20 Os tratamentos de Reeducação Postural Global serão prestados na modalidade de assistência dirigida e de livre escolha com as seguintes condições:

I- Será autorizada regularmente uma sessão semanal de RPG, em número limitado a vinte sessões por beneficiário, a cada exercício financeiro;

II- É indispensável a autorização prévia do TRT5 SAÚDE que, mediante seus médicos auditores, avaliará, criteriosamente, a indicação e a necessidade do tratamento;

III- Não serão admitidas autorizações posteriores aos atendimentos;

IV - O documento apresentado para reembolso, na modalidade livre escolha, deverá ser acompanhado de relatório médico indicando o tratamento, assim como o número de sessões;

V - Excepcionalmente, a critério do Departamento de Assistência à Saúde, poderão ser autorizadas até duas sessões semanais, desde que sejam precedidas de relatório circunstanciado do fisioterapeuta, referendado por médico especialista das áreas correlatas e por médico auditor do TRT5 SAÚDE.

Art.21 A internação por dependência química, inclusive alcoolismo, somente se dará quando caracterizada a necessidade de hospitalização em razão de abstinência ou intoxicação, limitada a 45 dias por exercício, não cumulativos.

Art.22 A internação psiquiátrica será limitada a 45 dias por exercício, não cumulativos.

Art.23 A internação psiquiátrica para tratamento psiquiátrico está condicionada a:

- I - ineficácia dos regimes de tratamento extra-hospitalares;
- II - apresentação de laudo circunstanciado do médico assistente, que caracterize a necessidade de internação;
- III - consentimento do paciente ou de seu responsável legal ou ainda, por determinação judicial.

§1º Nas internações psiquiátricas e por dependência química, os dias que ultrapassarem o limite permitido em até 15 dias, serão descontados integralmente do servidor titular, observando o disposto no parágrafo primeiro, do art.51 deste Regulamento.

§2º- Os dias que ultrapassarem os 15 dias indicados no a parágrafo anterior serão pagos diretamente pelo titular beneficiário ao prestador dos serviços.

## **ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA**

Art.24 - A assistência psicológica será prestada, preferencialmente, na modalidade indireta dirigida, por meio da rede referenciada ou, alternativamente, na modalidade livre escolha, sendo obrigatório seu acompanhamento pela Seção de Psicologia do TRT da 5ª Região.

Parágrafo único - A assistência psicológica será prestada diretamente pelos psicólogos da Seção de Psicologia do TRT 5ª Região, apenas aos beneficiários titulares.

Art.25 - Todos os tratamentos estarão condicionados à autorização prévia da Seção de Psicologia do TRT 5ª Região, inclusive a primeira consulta.

Art. 26 - A autorização para o tratamento psicológico deverá ser renovada a cada seis meses pela Seção de Psicologia do TRT 5ª Região, mediante a apresentação de declaração, ou relatório, quando solicitado, nos moldes da Resolução nº. 007/2003, do Conselho Federal de Psicologia, deste TRT.

Parágrafo único. Não serão admitidas autorizações posteriores aos atendimentos.

Art. 27 – O número de seções, por beneficiário, será limitado a uma sessão por semana e quarenta e oito (48), por ano.

Parágrafo único.– É facultada à Seção de Psicologia, excepcionalmente, e devidamente justificada, a autorização de até duas sessões semanais.

Art. 28 – No tratamento realizado pela rede referenciada, ou pela modalidade livre escolha, será observado o percentual de participação do beneficiário titular de vinte por cento (20%), independentemente de faixa salarial, respeitando o limite de desconto mensal previsto neste Regulamento.

Art. 29 – A impossibilidade de comparecimento à sessão deverá ser comunicada ao psicólogo com antecedência mínima de 12 horas, sob pena de pagamento integral, por parte do beneficiário titular, do valor da consulta.

## **OUTROS PROCEDIMENTOS**

Art. 30 Os procedimentos médicos eletivos ou programados, realizados em ambiente hospitalar com participação de anestesista, bem como os abaixo relacionados, deverão ser previamente autorizados pelo TRT5 SAÚDE:

- I- hemodiálise ou diálise peritoneal;
- II- sessões de acupuntura, limitadas ao número total de 06 mensais, excluída a consulta médica inicial que é liberada da autorização;
- III- atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais, aqui entendido como os portadores de sequelas decorrentes de acidente vascular cerebral ou paralisia cerebral e os deficientes mentais;
- IV- consultas e tratamentos psiquiátricos;
- V - órtese, prótese e seus acessórios relacionados a ato cirúrgico simultâneo ou anterior, à exceção das hipóteses regulamentadas por ato deliberativo do Conselho Deliberativo, e desde que não tenham finalidade estética;
- VI- internações hospitalares;
- VII - reeducação postural global – RPG, observados os critérios do art.20.
- VIII - ferroterapia;
- IX- laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica, e vasectomia;

§ 1º Estarão isentos da autorização do Departamento Médico partos, desde que não estejam associados a outros procedimentos.

§ 2º Será prestada assistência integral ao recém-nascido filho de dependente que não atenda às condições previstas no art.5º deste regimento, durante o parto e o período de internação hospitalar posterior, limitado a 30 (trinta) dias.

Art. 31 Os serviços seguintes só serão cobertos pelo Programa mediante prévia autorização da Secretaria do TRT5 SAÚDE ou do Departamento Assistência à Saúde;

I – cineangiocoronariografia;

II – mielografia;

III – histerosalpingografia;

IV – nefrograma isotópico;

V – arteriografia;

VI – uretrocistografia;

VII – tomografia computadorizada;

VIII – cintilografia, desitometria e demais procedimentos de medicina nuclear, à exceção dos procedimentos de radioimunoensaio;

IX – ressonância nuclear magnética.

Parágrafo único. Estão isentos de autorização prévia os procedimentos realizados em situações de urgência ou emergência comprovada, devendo, quando resultarem em internações hospitalares ou cirurgias, ser submetidos à posterior autorização do TRT5 SAÚDE, no prazo de três dias úteis, a contar da data do evento.

Art. 32 Não serão cobertos pelo TRT5 SAÚDE os seguintes procedimentos:

I - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto profissional, ou não reconhecidos pelos respectivos Conselhos Profissionais;

II - tratamentos médicos experimentais;

III - cirurgias plásticas cosméticas e estéticas;

IV - internação para rejuvenescimento e obesidade, exceto para tratamento da obesidade mórbida;

V - exames para reconhecimento de paternidade;

VI - despesas extraordinárias de internação que não se refiram à causa da internação;

VII - inseminação artificial;

VIII - clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

IX - despesas com medicamentos de manutenção após transplantes;

X - materiais e medicamentos importados, não-nacionalizados, medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar, ressalvados os casos em que houve deferimento em perícia ou auditoria médica interna do TRT5 SAÚDE;

XI – “check-up” preventivo em regime de internação hospitalar;

XII- recanalização decorrente de cirurgia para esterilização masculina ou feminina;

XIII- remoção aérea de pacientes;

XIV- enfermagem em caráter particular;

XV- vacinação e/ou qualquer tipo de imunização;

XVI- cosmetologia e epilação (implante de cabelos);

XVII- enfermagem em caráter particular;

XVIII- Cirurgias refrativas de correção visual, com exceção dos casos em que o grau seja igual ou superior a 5, uni ou bilateral;

IX- aviamento de óculos e lentes de contato.

Parágrafo único: Condicionado ao deferimento do Conselho Deliberativo e, ao mesmo tempo, à disponibilidade financeira do Programa, estão excluídos da vedação a que alude o inciso II os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que, representando a única alternativa de tratamento viável, estejam sob procedimento de aprovação pelo Conselho Federal de Medicina e Organização Mundial de Saúde e contém com o reconhecimento da comunidade científica internacional, conforme parecer prévio e devidamente instruído pelo TRT5 SAÚDE.

Art. 33 Os profissionais e instituições credenciados ao Tribunal deverão assegurar aos beneficiários do TRT5 SAÚDE os mesmos padrões técnicos, de conforto material e de atendimento dispensados aos demais usuários.

Art. 34 As regras e critérios para a celebração dos credenciamentos, convênios, contratos e ajustes serão estabelecidos em norma específica.

## **CAPÍTULO II**

### **ATENDIMENTO**

Art. 35 Os beneficiários do TRT5 SAÚDE , mencionados no capítulo II deste Regulamento, diante da necessidade de tratamento, poderão

optar pela Assistência Direta ou por uma das modalidades de Assistência Indireta.

Art. 36 Ao optar pela Assistência Indireta Dirigida, o beneficiário do TRT5 SAÚDE deverá apresentar-se ao profissional ou à instituição credenciada ou conveniada, munido da carteira de beneficiário fornecida pelo setor competente da administração do Plano.

Art. 37 A falta de autorização prévia para realização de procedimentos ou serviços, assim exigida pela Secretaria do TRT5 SAÚDE, implicará o não-pagamento das despesas realizadas.

Parágrafo único. Nos casos de urgência comprovada, implicando internação imediata ou socorro aos sábados, domingos, feriados ou fora do horário do expediente, o beneficiário adotará, por iniciativa própria, as providências que lhe forem exigidas na ocasião do atendimento, devendo solicitar a necessária autorização à Secretaria do TRT5 SAÚDE ou à empresa conveniada/contratada até o terceiro dia útil subsequente ao atendimento.

Art. 38 Cabe à Secretaria do TRT5 SAÚDE, mediante Ordem de Serviço, definir os requisitos técnicos e administrativos para acesso aos serviços dos credenciados ou conveniados.

Art. 39 A transferência de beneficiário, com tratamento em curso, para outro profissional ou instituição credenciada ou conveniada, poderá ocorrer a pedido do beneficiário ou do profissional inicialmente encarregado do atendimento.

Art. 40 Poderá haver interrupção no tratamento, desde que por motivo justificado, assegurada a remuneração devida ao profissional ou à instituição credenciada ou conveniada pelos serviços executados.

§ 1º A interrupção do tratamento por iniciativa do profissional ou instituição credenciada ou conveniada, sem motivo justificado, é considerada como abandono, não conferindo direito à remuneração pelos serviços executados.

§ 2º A interrupção, sem motivo justificado, do tratamento por iniciativa do beneficiário, na modalidade de Assistência Indireta Dirigida, é considerada como abandono, ficando assegurada ao profissional ou à instituição credenciada ou conveniada a remuneração devida pelos serviços executados.

§ 3º Caberá à Secretaria do TRT5 SAÚDE e à empresa credenciada ou conveniada avaliar o motivo que deu causa à interrupção do tratamento.

Art. 41 Em caso de comprovada necessidade, a assistência à Saúde poderá ser prestada fora do domicílio do beneficiário, desde que autorizada pela Secretaria do TRT5 SAÚDE.

Parágrafo único. O beneficiário que se encontrar em outra unidade da Federação deverá procurar a rede credenciada ou conveniada local ou utilizar a modalidade de Assistência Indireta de Livre Escolha.

Art. 42 No caso de Assistência Indireta de Livre Escolha, o beneficiário do plano efetuará o pagamento integral das despesas ao profissional ou instituição e apresentará os devidos comprovantes originais para fins de

reembolso, conforme tabela adotada pelo TRT5 SAÚDE, descontado, ainda, o valor da coparticipação.

Parágrafo único. O beneficiário efetuará diretamente o pagamento das despesas realizadas, não cabendo ao TRT5 SAÚDE qualquer responsabilidade financeira perante o prestador de serviços.

Art. 43 A solicitação de reembolso das despesas deverá ocorrer, necessariamente, no prazo de até noventa dias, contados a partir da data de emissão do documento fiscal.

§ 1º A solicitação de reembolso deverá estar acompanhada de original de recibo de prestação de serviços ou primeira via da Nota Fiscal, legível e sem rasuras, contendo os seguintes elementos para sua caracterização:

I - nome do beneficiário;

II - discriminação de cada procedimento, sempre que possível com o código da respectiva Tabela;

III - valor unitário por procedimento;

IV - valor total do recibo;

V - nome do profissional, CPF, especialidade, número do registro no conselho de classe, se for recibo; ou CNPJ, se for Nota Fiscal;

VI – local e data da emissão do documento fiscal;

VII- assinatura do profissional sobre carimbo, no caso de pessoas físicas.

§ 2º A não-observância dos procedimentos descritos neste artigo implicará liminarmente o indeferimento do pedido de reembolso.

§ 3º O requerimento de reembolso deverá ser apresentado até o vigésimo dia de cada mês para que o crédito seja efetuado na folha de pagamento do mês subsequente, ressalvados os casos que necessitem de auditoria médico-hospitalar.

§ 4º Os documentos fiscais apresentados para reembolso de despesas com serviços de terapias deverão especificar os dias de cada sessão realizada.

§5º Faz-se necessária avaliação anterior ao procedimento que envolve perícia pela equipe técnica do TRT5 SAÚDE, para a efetivação do pagamento do reembolso.

Art. 44 O reembolso será feito com base nas tabelas de procedimentos utilizadas pelo TRT5 SAÚDE.

### **CAPÍTULO III**

#### **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

Art. 45 A Assistência Hospitalar aos beneficiários do TRT5 SAÚDE é aquela prestada por meio de instituições de Saúde, compreendendo as hospitalizações clínicas e cirúrgicas, com os seguintes encargos básicos:

I - despesas com diárias e honorários profissionais;

II - despesas com taxa de sala de cirurgia, de uso de equipamentos e instrumentos e outras pertinentes;

III - despesas com medicamentos e outros materiais hospitalares necessários.

Art. 46 As internações hospitalares poderão ser efetuadas por meio da Assistência Indireta Dirigida ou de Livre Escolha, em:

I - instituições de Saúde credenciadas ou conveniadas junto ao TRT5 SAÚDE, mediante autorização;

II - instituições não credenciadas, de livre escolha, com despesas sob a responsabilidade direta do beneficiário, com direito ao reembolso, nos termos do art. 42 combinado com o art. 44.

Art. 47 As situações passíveis de cirurgias plásticas reparadoras são as definidas pelos Órgãos oficiais reguladores de Saúde ou aprovadas pela Secretaria do TRT5 SAÚDE

### **TÍTULO III**

#### **CUSTEIO E CONTRIBUIÇÃO**

Art. 48 As despesas realizadas com a Assistência Direta aos beneficiários serão custeadas com recursos orçamentários consignados ao Tribunal.

Art. 49 As despesas com a Assistência Indireta serão cobertas primeiramente com os recursos orçamentários e, na falta destes, com os resultantes das contribuições dos beneficiários do TRT5 SAÚDE .

Art. 50 Os beneficiários do TRT5 SAÚDE contribuirão voluntariamente e mensalmente em valores “per capita” escalonados em faixas etárias e de remuneração bruta, excluídas as parcelas de caráter indenizatórios, mediante desconto em folha de pagamento do beneficiário titular, com os valores correspondentes nas tabelas definidas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 51 Os beneficiários do TRT5 SAÚDE, quando utilizarem a rede credenciada ou conveniada, participarão diretamente com o percentual de 50% sobre as consultas; 20% sobre exames e cirurgias sem internação e sessões de tratamento e de 10% sobre as internações.

§ 1º A coparticipação dos beneficiários no preço dos serviços, prevista no *caput*, será mediante desconto em folha de pagamento do beneficiário titular, em parcelas sucessivas e correspondentes, cada uma, a, no máximo, 10% (dez por cento) da sua remuneração, deduzidos o Imposto de Renda retido na fonte, a contribuição para o Plano de Seguridade Social, a contribuição voluntária ao TRT5 SAÚDE e os valores pagos a título de pensão alimentícia.

§ 2º Os exames periódicos serão integralmente custeados pelo recursos orçamentários consignados ao Tribunal e realizados, preferencialmente, na rede credenciada ou conveniada.

§ 3º Os portadores de doenças crônicas, devidamente cadastrados na Secretaria do TRT5 SAÚDE e tendo ele realizado todos os exames que a enfermidade demanda, terão redução em 50% da coparticipação nos

casos de consultas, exames e nas internações para tratamento da enfermidade crônica, no primeiro ano de implantação do plano.

- a) Os Tratamentos de Alto Custo seguem o mesmo procedimento indicado no parágrafo anterior.
- b) O Conselho Deliberativo definirá o que é Tratamento de Alto Custo.

§4º A coparticipação sobre internações ficará submetida às seguintes regras:

- a) Ultrapassando o valor individual de R\$10.000,00 de coparticipação, o percentual desta reduzirá para 5% sobre as futuras despesas da internação em curso;
- b) Ultrapassando o valor individual de R\$20.000,00 de coparticipação, o percentual desta reduzirá para 2,5% sobre as futuras despesas da internação em curso;
- c) Se houver mais de uma internação dentro de um período de 30 dias, deverá somar o valor de coparticipação das internações e considerá-la como se fosse somente uma, adotando-se o mesmo procedimento das alíneas anteriores.

§5º A primeira internação para tratamento de dependência química será com coparticipação do beneficiário titular no percentual de 15% sobre o custo dos serviços, a segunda internação e pós-tratamento com 50%; a partir da terceira, as despesas deverão ser pagas integralmente pelo titular do plano, seguindo a regra do Art.23, parágrafo primeiro e segundo.

Art. 52 Os recursos de que tratam os artigos 50 e 51 deste Regulamento serão aplicados em conta corrente específica , administrada na forma

definida pelo Conselho Deliberativo, formando um fundo de natureza privada do TRT5 SAÚDE.

Art. 53 Serão mantidos os seguintes Programas custeados pelo Orçamento Geral da União:

I – exames periódicos;

II – programas de promoção de Saúde e prevenção de doentes;

III – programas de promoção de qualidade de vida.

## **TÍTULO IV**

### **ADMINISTRAÇÃO DO PLANO**

#### **CAPÍTULO I**

#### **CONSELHO DELIBERATIVO**

Art. 54 O Conselho Deliberativo será constituído:

I – por um Desembargador indicado pelo Presidente do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região e mais um representante, em exercício, da classe dos magistrados;

II - por três representantes, em exercício, da classe dos servidores;

III - pelo Diretor-Geral;

IV – pelo Diretor do Serviço de Saúde;

V - pelo Diretor da Secretaria do TRT5 SAÚDE;

VI - pelo Diretor do Órgão do Controle Interno;

VII – pelo Diretor da Secretaria de Orçamento e Finanças.

§1º O representante dos magistrados e dois dos servidores serão escolhidos mediante eleição direta, pelos magistrados e pelos servidores do Tribunal, respectivamente, e um servidor será indicado pelo Sindicato dos servidores do TRT da 5ª Região, para o período de 2 (dois) anos, permitida a recondução.

§ 2º Os membros do Conselho Deliberativo não farão jus a remuneração pelo exercício de suas atribuições.

§ 3º Os diretores do Serviço de Saúde, Controle Interno e Secretaria do TRT5 SAÚDE integrarão o conselho na qualidade de membros consultores sem direito de voto.

§ 4º Os membros do Conselho, representante da classe dos magistrados e representantes da classe dos servidores, deverão ser beneficiários titulares da assistência médica indireta do TRT5 SAÚDE e ter exercício no Tribunal Regional da 5ª Região.

Art. 55 O Conselho Deliberativo será presidido, por um período de 02 anos, pelo Desembargador indicado pelo Presidente, a quem competirá decidir, *ad referendum* daquele, sobre questões omissas e urgentes, relacionadas ao Programa de Assistência TRT5 SAÚDE.

§ 1º O Presidente do Conselho será substituído, em suas ausências pelo Presidente, Vice-Presidente, Corregedor e Vice-Corregedor do Tribunal ou o Desembargador mais antigo.

§ 2º Caso não haja Desembargador da Justiça do Trabalho que pertença ao TRT5 –Saúde, o Presidente do Tribunal deverá indicar um juiz beneficiário da autogestão para presidir o Conselho, e na falta deste, um servidor também beneficiário.

Art. 56 Compete à Presidência do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região baixar os atos de designação dos membros do Conselho.

Art. 57 Compete ao Conselho Deliberativo:

I -Estabelecer políticas e diretrizes gerais de implantação e procedimentos

de execução do TRT5 SAÚDE ;

II -Aprovar programas e ações de Saúde;

III - Aprovar o orçamento anual do TRT5 SAÚDE;

IV -Aprovar o Plano de Aplicação Anual ( PAA) do TRT5 SAÚDE;

V – Deliberar acerca da utilização do orçamento anual, no que se refere aos recursos próprios;

VI -Aprovar a prestação de contas e o relatório do exercício financeiro;

VII -Baixar normas complementares por meio de atos deliberativos;

VIII -Definir o custeio das despesas e alterar os valores de contribuição mensais e de coparticipação;

IX- -Aprovar propostas de alteração deste Regulamento;

X- Isentar as coparticipações devidas sobre internações, com efeito *ex nunc*, caso se verifique que foram atingidas as metas financeiras determinadas e se não houver comprometimento da sustentabilidade da autogestão;

XI- Analisar as propostas de cancelamento de ofício das inscrições de beneficiários titulares encaminhadas pela Secretaria do TRT Saúde;

- XII- Determinar a correção de irregularidades ou impropriedades identificadas na administração do Programa;
- XIII- definir políticas de investimentos para aplicação dos recursos próprios, traçar as diretrizes respectivas e realizar acompanhamento periódico sobre sua implantação;
- XIV- Decidir sobre os casos omissos, tendo presentes os interesses e os objetivos básicos do TRT5 SAÚDE e de seus beneficiários;
- XV- Definir as metas financeiras e o ponto de equilíbrio financeiro;
- XVI- Baixar normas complementares necessárias à operacionalização do Programa.

Parágrafo único – o Conselho Deliberativo poderá, com base no equilíbrio financeiro, alterar as metas financeiras, bem como ampliar ou reduzir a abrangência da cobertura dos procedimentos médicos ou qualquer outra medida que vise à sustentabilidade do plano.

Art. 58 Inicialmente, o ponto de equilíbrio financeiro será o percentual máximo de 80% de sinistralidade, analisado a cada seis meses. Caso a sinistralidade ultrapasse este índice, a mensalidade deverá ser aumentada no que ultrapassar para retornar ao equilíbrio, observando-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de reajuste} = \frac{\% \text{ de sinistralidade do período}}{80\%}$$

Art. 59 O Conselho Deliberativo, após a consolidação da autogestão, poderá determinar um índice referência de sinistro. A sinistralidade, então, deverá ser apurada a cada 06 meses, e no caso de ser inferior ao índice referência determinado, será aplicada a fórmula de ajuste de plano para baixar a mensalidade.

Parágrafo único- A fórmula a ser aplicada será:

Mensalidade Nova = MA X IS/X, onde:

MA = Mensalidade Atual

IS = Índice Sinistralidade apurado

X = Índice referência de sinistralidade determinado pelo Conselho Deliberativo

Art. 60 O cálculo para se chegar à sinistralidade será a dotação orçamentária dividida por 12 e o resultado somado com as entradas de mensalidades do mês mais as coparticipações, seguindo-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Despesas do mês com sinistros.} \times 100}{(\text{Dotação Orçamentária anual}/12 \text{ meses}) + (\text{mensalidades dos beneficiários} + \text{co-participações do mês})}$$

Art. 61 O Conselho Deliberativo reunir-se-á nos meses de maio e novembro de cada ano, em convocação ordinária ou, extraordinariamente, a qualquer tempo, sob a convocação de seu Presidente ou da maioria absoluta de seus membros.

Parágrafo único- Nos meses de maio e novembro de cada ano, respectivamente, será analisada a prestação de contas do exercício anterior, e do orçamento e planos de trabalho do exercício subsequente.

Art. 62 As demonstrações financeiras anuais deverão ser discriminadas por origem de recursos, devendo necessariamente estar em destaque a dotação orçamentária, as receitas próprias de mensalidade, as receitas próprias de coparticipação especificadas pelo tipo (internações,

procedimentos diversos e consultas), receitas de aplicações financeiras e outras que houver, bem como as despesas.

Art. 63 Compete ao Presidente do Conselho Deliberativo assinar os atos deliberativos.

Art. 64 No caso de empate na votação, o Presidente do Conselho terá o voto qualificado, valendo por dois.

Art. 65 O primeiro Diretor da Secretaria de Autogestão será indicado pelo presidente do TRT da 5ª Região, posteriormente a substituição deverá ser sugerida à Presidência, com justificativa, pelo Conselho Deliberativo.

Art. 66 A sugestão do nome do novo diretor da autogestão à Presidência do Tribunal deverá ser precedida de votação em que se tenha maioria absoluta do Conselho.

Parágrafo único. A iniciativa para se colocar em votação a substituição do Diretor cabe ao Presidente do Conselho ou à maioria simples do Conselho.

Art. 67 As decisões do Conselho Deliberativo serão sempre proferidas em colegiado, observando-se a presença do Presidente e o seguinte “quorum”:

I - para aprovação de proposta de alteração do Regulamento, será exigida a maioria absoluta dos representantes com direito a voto, não se admitindo a presença de suplentes;

II - nos demais casos, maioria simples dos representantes com direito a voto.

Parágrafo único – Para as hipóteses previstas neste artigo deverão estar presentes, no mínimo, quatro integrantes.

Art. 68 O Conselho Deliberativo é o órgão máximo para as decisões sobre assuntos da autogestão e de suas decisões somente caberá pedido de reconsideração.

Parágrafo Único – Todas as decisões do Conselho deverão ser fundamentadas.

## **TÍTULO V**

### **PLANEJAMENTO**

#### **CAPÍTULO I**

##### **PLANO DE APLICAÇÃO ANUAL**

Art. 69 O Plano de Aplicação Anual (PAA) é instrumento de planejamento que compreende as metas e prioridades do TRT5 SAÚDE para cada exercício, incluindo-se as despesas previstas e o comprometimento das fontes de receita.

Art. 70 O PAA – elaborado pela Administração do TRT5 SAÚDE e submetido à apreciação do Conselho Deliberativo deverá conter:

a) projeção detalhada da aplicação dos recursos do TRT5 SAÚDE e a expectativa de captação das receitas previstas nos arts. 50 e 51 deste Regulamento para os dois exercícios financeiros subsequentes ao da elaboração do PAA;

b) comparativo da execução do exercício corrente com a previsão do PAA vigente, e justificativas para as distorções encontradas.

§1º O PAA, após a elaboração pela administração do TRT5 SAÚDE, será encaminhada para o Conselho Deliberativo, em tempo hábil para que seja aprovado até a reunião ordinária do mês de novembro e vigência a partir do mês de janeiro do exercício subsequente.

§2º Os pagamentos de despesas com recursos próprios estão condicionados à aprovação do PAA.

§3º Em caso de atraso na aprovação do PAA, a Administração do TRT5 SAÚDE poderá realizar despesas inadiáveis, tais como contratos em execução e atendimentos que envolvam risco de vida.

§4º A expectativa de receita para o exercício seguinte, que tenha como fonte recursos da União, deve estar limitada ao valor constante do Projeto de Lei Orçamentária em tramitação no Congresso Nacional.

Art. 71 Durante a vigência do PAA, a Administração do TRT5 SAÚDE poderá apresentar proposta de correção de eventuais distorções, devidamente justificadas, à apreciação e aprovação do Conselho Deliberativo do TRT5 SAÚDE.

## CAPÍTULO II

### RESERVA FINANCEIRA

Art. 72 Fica instituída a reserva financeira do TRT5 SAÚDE, composta por:

I – Reserva Financeira de Emergência – RFE, destinada a prover recursos que garantam a continuidade dos serviços e benefícios de assistência à Saúde prestados pelo TRT5 SAÚDE, em situações de emergência financeira;

*Parágrafo único.* Configura-se emergência financeira o comprometimento dos recursos financeiros do TRT5 SAÚDE decorrente de aumento inesperado das despesas com atendimentos médico-hospitalares ou de redução da receita proveniente de recursos próprios ou da União.

Art. 73 A RFE será composta pelo saldo financeiro da conta de recursos próprios do TRT5 SAÚDE em montante correspondente a 20% da despesa anual da autogestão em plano de Saúde, apurada no exercício anterior.

§1º O saldo da conta bancária da RFE deve ser ajustado a cada início de exercício, levando-se em consideração a despesa total do exercício anterior, sempre que estiver inferior ao percentual estabelecido no caput deste artigo.

§2º A movimentação dos recursos da RFE deve ser escriturada separadamente, com apresentação da respectiva prestação de contas.

§3º Os recursos da RFE serão depositados em conta bancária específica e serão movimentados mediante apreciação e aprovação prévia pelo Conselho Deliberativo do TRT5 SAÚDE, observando-se:

I – a comprovação da insuficiência de recursos financeiros;

II – a apresentação de planilha de arrecadação que tome possível a recomposição do saldo no prazo máximo de 180 dias;

III – a prestação das contas relacionadas às retiradas realizadas anteriormente.

Art. 74 A gestão dos recursos da reserva financeira é exercida pela Administração do TRT5 SAÚDE, com observância do PAA – Plano de Aplicação Anual aprovado, nos termos deste Regulamento.

### **CAPÍTULO III**

#### **CONSELHO FISCAL**

Art. 75 O Conselho Fiscal do TRT5 SAÚDE será composto de três membros efetivos e de três suplentes que sejam beneficiários titulares da assistência médica indireta do TRT5 SAÚDE, que o integrarão pelo prazo de dois anos, podendo haver recondução por igual período.

Art. 76 Os membros efetivos e suplentes serão designados dentre os servidores do quadro permanente, sendo dois membros efetivos e seus suplentes escolhidos pelo Conselho Deliberativo e um membro efetivo e seu suplente mediante eleição direta organizada pela Secretaria de Gestão de Pessoas.

§1º. Dentre os membros escolhidos pelo Conselho Deliberativo, ao menos um efetivo e um suplente deverão ter concluído o curso de graduação nas áreas de Ciências Contábeis, Administração de Empresas ou Ciências Econômicas.

§2º. É vedada a designação de servidores ligados diretamente à execução do TRT5 SAÚDE.

Art. 77 O Conselho Fiscal será presidido por membro efetivo, indicado pelo Presidente do Conselho Deliberativo, que preencher os requisitos previstos no §1º do art. 76.

Art. 78 Compete ao Conselho Fiscal:

- I - examinar os balancetes mensais do TRT5 SAÚDE;
- II - emitir parecer sobre as demonstrações contábeis do TRT5 SAÚDE;
- III - examinar, sempre que julgar necessário, documentos, operações, resoluções e atos praticados pelo gestor;
- IV - apontar irregularidades e sugerir medidas saneadoras.

Art. 79 O Conselho Fiscal reunir-se-á:

- I - ordinariamente, uma vez a cada semestre;

II - extraordinariamente, a qualquer data, por convocação do seu presidente.

## **CAPÍTULO IV**

### **GESTÃO DO PLANO**

Art. 80 O TRT5 SAÚDE será administrado pela Secretaria do TRT5 SAÚDE sob a supervisão do Conselho Deliberativo, a qual compete:

I - Praticar atos de gestão com vistas à execução de programas instituídos pelo TRT5 SAÚDE;

II - Acompanhar, controlar e fiscalizar a prestação de serviços;

III - Atestar as despesas realizadas à conta dos programas criados;

IV - Autorizar, em conjunto com o Diretor-Geral, o pagamento de despesas com utilização de recursos próprios do Plano;

V - Propor ao Conselho Deliberativo normas complementares necessárias ao funcionamento do TRT5 SAÚDE;

VI - Adotar providências que visem à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo TRT5 SAÚDE ;

VII - Elaborar e apresentar, em conjunto com a Secretaria de Orçamentos e Finanças, proposta de orçamento e plano de trabalho anual do TRT5 SAÚDE.

VIII – Coletar e registrar dados para fins estatísticos;

IX – Proceder ao cadastramento dos beneficiários do Programa;

X – Alimentar os sistemas de gerenciamento de benefícios, mantendo-os atualizados quanto aos dados referentes à utilização e aos descontos a serem efetuados em folha de pagamento;

- XI – Organizar a prestação de contas, encaminhando-a ao Conselho Deliberativo;
- XII – Manter contato permanente com profissionais e entidades que ofereçam serviços na área de Saúde;
- XIII – Selecionar e credenciar as unidades prestadoras de serviços nas áreas de Saúde, submetendo anualmente à apreciação do Conselho Deliberativo a lista dos novos credenciados;
- XIV – Acompanhar e controlar os recursos financeiros recebidos pelo Programa;
- XV – Organizar a prestação de contas, encaminhando-a ao Conselho Deliberativo;
- XVI – Organizar o Plano de Aplicação Anual.

Art. 81 O controle orçamentário e financeiro dos recursos da União compete à Secretaria de Orçamento e Finanças.

## **TÍTULO VI**

### **DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 82 As Unidades integrantes da estrutura do Tribunal irão ceder os servidores, e fornecer materiais e os espaços físicos necessários ao funcionamento do TRT5 SAÚDE .

Parágrafo único. Em caráter excepcional, devidamente justificado e após aprovação do Conselho Deliberativo do TRT5 SAÚDE, poderão ser realizados atendimentos e contratações de profissionais especializados para a execução das atividades do TRT5 SAÚDE, correndo as despesas à conta dos recursos próprios do Programa.

Art. 83 Os serviços e benefícios criados pelo TRT5 SAÚDE serão implantados na medida das disponibilidades orçamentárias e financeiras e regulamentados por meio de normas complementares.

Art. 84 Pelo menos a cada 03 anos, deverá ser contratada, com os recursos próprios, uma empresa de auditoria externa para avaliações das demonstrações financeiras, podendo o Conselho Deliberativo, por maioria absoluta, dispensar esta obrigatoriedade.

Art. 85 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regulamento serão analisados pela Secretaria de do TRT5 SAÚDE e decididos pelo Conselho Deliberativo.

## **40 TERMO DE REFERÊNCIA/MINUTA DE CONTRATO PARA CONSULTORIA ATUARIAL**

### **TERMO DE REFERÊNCIA**

#### **1. OBJETO**

Contratação de empresa especializada para a prestação de serviço de Assessoria Técnica e Atuarial, para subsidiar a gestão do Plano de Assistência à Saúde e Benefícios Sociais do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região, observando-se o modelo de autogestão em Saúde.

## 2. ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços deverão ser realizados em quatro etapas. O cumprimento das etapas relacionadas no cronograma dar-se-á mediante o recebimento e a aprovação do gestor do Contrato formalmente designado, que avaliará se os trabalhos e documentos apresentados estão de acordo com o proposto.

a) Primeira etapa:

a.1. Avaliação atuarial e financeira do Plano com a confecção de relatório circunstanciado e conclusivo. Devem ser considerados nesse relatório: a cobertura de serviços oferecidos; o perfil de usuários por faixa etária, por grupo familiar, por categoria de beneficiário (titular, dependente econômico e beneficiário especial); a remuneração do titular; a contribuição do Tribunal como entidade patrocinadora; as sinistralidades e a tendência do custo-Saúde no Brasil.

a.2. Sugestão de prêmio total por faixa etária, com a seguinte composição: prêmio ajustado (participação financeira da empresa e dos beneficiários, conforme a categoria — titular, dependente econômico e beneficiário especial), reserva de contingência, fundo de grandes riscos e cálculo de PEONA — Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados;

a.3. Sugestão de prêmio total por remuneração, em percentual, com a seguinte composição: prêmio ajustado (participação financeira da empresa e dos beneficiários, conforme a categoria — titular, dependente econômico e beneficiário especial), reserva de contingência, fundo de grandes riscos e cálculo de PEONA — Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados;

a.4. Sugestão de prêmio total combinando faixa etária e remuneração, com a seguinte composição: prêmio ajustado (participação financeira da empresa e dos beneficiários, conforme a categoria — titular, dependente econômico e beneficiário especial), reserva de contingência, fundo de grandes riscos e cálculo de PEONA — Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados;

a.5. Sugestão de contribuição individual por titular a título de seguro (stop loss) para custeio das dívidas deixadas por ex-titulares falecidos;

a.6. Avaliação do impacto financeiro de possível inclusão de beneficiários especiais, considerando a regulamentação específica que define os usuários desta categoria;

a.7. Apresentação oral dos resultados obtidos, nas dependências do contratante, bem como envio de documento escrito e em meio magnético.

b) Segunda etapa:

b.1. Atualização da avaliação e do relatório referente ao item a.1. da primeira etapa;

b.2. Apresentação oral dos resultados obtidos, nas dependências do contratante, bem como envio de documento escrito e em meio magnético.

c) Terceira etapa:

ci. Atualização da avaliação e do relatório referente à segunda etapa;

c.2. Apresentação oral dos resultados obtidos, nas dependências do contratante, bem como envio de documento escrito e em meio magnético.

d) Quarta etapa:

d.1. Atualização da avaliação e do relatório referente à terceira etapa;

d.2. Apresentação oral dos resultados obtidos, nas dependências do contratante, bem como envio de documento escrito e em meio magnético.

2.2. Estudar e analisar as questões que sejam levantadas pelo gestor do contrato decorrentes do objeto do contrato.

2.3. Apresentação de relatórios ao final de cada etapa, totalizando quatro na vigência do contrato.

2.4. Participação em reuniões presenciais, quando convocado por representantes do Contratante, agendadas com antecedência mínima de quinze dias, para discussão relativa ao objeto do contrato.

### 3. PRAZOS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. A primeira etapa deverá obedecer ao seguinte cronograma:

PRAZOS	ATIVIDADES
Dia "N"	Assinatura do contrato.
Dia "N" + 7 dias úteis	Apresentação ao TRT do rol de informações necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.
Dia "N" + 15 dias úteis	Fornecimento dos dados solicitados ao TRT para subsidiar a análise atuarial.
Dia "N" + 30 dias	Apresentação ao TRT do relatório atuarial

úteis	preliminar, em reunião a ser realizada nas dependências do TRT.
Em até 60 dias, a contar da assinatura do contrato.	Apresentação ao TRT do relatório atuarial conclusivo, em reunião a ser realizada nas dependências do TRT, e homologação da 1ª etapa.

3.2. As demais etapas deverão ser concluídas nos seguintes prazos:

ETAPAS	PRAZOS DE ENTREGA
Segunda	seis meses após a homologação da primeira etapa.
Terceira	seis meses após a homologação da segunda etapa.
Quarta	seis meses após a homologação da terceira etapa.

#### 4. VIGÊNCIA DO CONTRATO

O prazo de vigência será de vinte e quatro meses.

#### 5. PERFIL DA POPULAÇÃO

5.1. A população em potencial do Plano de Assistência à Saúde é composta por xxxxxx (xxxx) vidas, encontrando-se nas seguintes faixas etárias:

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE
0 a 18	

19 a 23	
24 a 28	
29 a 33	
34 a 38	
39 a 43	
44 a 48	
49 a 53	
54 a 58	
Acima de 59 anos.	
TOTAL	

Fonte: xxx, xxx/2011.

5.2. Os beneficiários do plano são assim considerados:

OBS: Inserir quadro com os beneficiários constantes no Regulamento Interno.

## 6. PERFIL CONTRATUAL DO TRT

O Plano de Assistência à Saúde do TRT encontra-se em fase de planejamento para fins de implantação no exercício de 2012. Contará com duas fontes de receitas: orçamento público e fundo privado constituído por meio das contribuições e participações dos beneficiários. Manterá contrato com prestadores de serviços médicos (e odontológicos) localizados na capital e no interior do Estado da Bahia e, em âmbito nacional, para fins de atendimento fora do domicílio.

## 7. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

O trabalho será realizado, quando necessário, nas dependências do TRT5 que se responsabilizará para tornar disponíveis as informações, os dados e as demais condições necessárias à execução do estudo.

## 8. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1. Operar como organização completa, independente e sem vínculo com o Contratante, executando os serviços contratados em conformidade com as especificações e condições estabelecidas neste Termo de Referência.

8.2. Comunicar ao Gestor do contrato as eventuais dificuldades que possam prejudicar o andamento ou a qualidade dos serviços solicitados.

8.3. Entregar os relatórios por escrito e em meio magnético (*software* compatível com a plataforma *Windows*), nos quais deverá constar a metodologia e os parâmetros utilizados, bem como a memória de cálculo.

8.4. Ao final de cada etapa a empresa deverá apresentar nas dependências do Tribunal os resultados da consultoria e dirimir possíveis dúvidas.

8.5. Refazer, sem ônus adicionais, os serviços julgados inadequados pelo gestor do contrato, em um prazo máximo de 20 dias.

8.6. Observar os prazos estabelecidos no item 3 e 7.5. deste Termo de Referência.

8.7. Manter durante toda a execução dos serviços as condições exigidas na licitação para sua habilitação.

8.8. Apresentar Cédula de Identidade Profissional emitida pelo IBA — Instituto Brasileiro de Atuária, perante o Ministério do Trabalho, de todos os profissionais que compõem a equipe técnica, responsáveis pela execução dos serviços.

8.9. Declarar, sob as penas da lei, que os profissionais que executarão os serviços contratados estão regulares perante o Instituto Brasileiro de Atuária e que não existe nenhuma restrição imposta por qualquer órgão legal competente para o pleno e irrestrito gozo dos direitos sobre o exercício legal da profissão.

8.10. Manter sigilo absoluto sobre as informações obtidas e, nos termos do art. 111 da lei n.º. 8.666/1 993, ceder os direitos patrimoniais relativos ao fornecimento de todos os dados, documentos e elementos de informação pertinentes ao estudo.

## 9. DO PAGAMENTO

O valor total dos serviços será fracionado de acordo com a execução pela contratada e com a homologação de cada etapa pelo gestor do contrato, respeitando-se a seguinte proporcionalidade:

ETAPA CONCLUÍDA	PERCENTUAL A SER PAGO
Primeira	40
Segunda	20
Terceira	20
Quarta	20

Total	100
-------	-----

Salvador, xx de janeiro de 2011.

#### 41 MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA TÉCNICA E ATUARIAL, QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO POR INTERMÉDIO DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO, E A EMPRESA.....

A UNIÃO, por intermédio do TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA QUINTA REGIÃO, sediado na Rua Bela Vista do Cabral, 121, Nazaré, Salvador, Bahia, CNPJ ...../0001-xx, neste ato representado pelo seu Diretor-Geral, Sr. ...., RG .....-SSP/??? e CPF .....-..., no uso das atribuições que lhe confere o artigo XX, do ....., doravante denominado CONTRATANTE, e a empresa ....., com sede na ....., CEP .....-..., CNPJ

...../0001-..., telefax (DDD) ....-....., neste ato representada por seu ....., RG .....SSP/??? e CPF .....-..., doravante denominada CONTRATADA, celebram o presente Contrato, com fundamento na Lei n. 8.666/1993, observando-se as normas constantes na Lei n. 10.520/2002, pela Lei Complementar n. 123/2006, pelos Decretos n. 5.450/2005 e n. 6.204/2007, o contido no Processo n .....e mediante as cláusulas a seguir enumeradas.

## DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA — O objeto do presente Contrato é a prestação de serviços de Assessoria e Consultoria Técnica e Atuarial, para subsidiar o planejamento e a implantação do Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Quinta Região, observando-se o modelo de autogestão de Saúde em funcionamento em outros Tribunais Federais, observados o Edital, o Termo de Referência e a proposta da CONTRATADA, os quais, independentemente de transcrição, são partes integrantes deste instrumento, naquilo que não o contrarie.

## DO REGIME DE EXECUÇÃO

CLÁUSULA SEGUNDA — O objeto do presente instrumento será executado por empreitada por preço global, em conformidade com o disposto na Lei n. 8.666/1993.

## DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

CLÁUSULA TERCEIRA - Constituem obrigações do CONTRATANTE:

- a) permitir, durante a vigência do Contrato, o acesso dos representantes ou prepostos da CONTRATADA ao local de prestação dos serviços, desde que devidamente identificados e acompanhados por representante do CONTRATANTE;
- b) fornecer, quando solicitado previamente pela CONTRATADA, todas as informações, documentos e dados suficientes e consistentes para a elaboração dos serviços contratados;
- c) promover o acompanhamento e a fiscalização desta contratação, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, anotando em registro próprio as falhas detectadas, comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas por parte da CONTRATADA;
- d) atestar a execução do objeto por meio de gestor especificamente designado;
- e) efetuar o pagamento à CONTRATADA de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste Contrato;
- f) designar gestor para acompanhamento e fiscalização deste Contrato;
- g) fornecer, em até 15 (quinze) dias úteis após a assinatura do Contrato, os dados solicitados pela CONTRATADA para subsidiar a análise atuarial;
- h) fornecer informações, documentos e dados suficientes e consistentes para a elaboração dos serviços contratados.

CLÁUSULA QUARTA - Constituem obrigações da CONTRATADA:

- a) executar os serviços contratados em conformidade com as especificações e condições estabelecidas no Termo de Referência;
- b) comunicar ao Gestor do Contrato as eventuais dificuldades que possam prejudicar o andamento ou a qualidade dos serviços solicitados;
- c) entregar os relatórios por escrito e em meio magnético (*software* compatível com a plataforma *Windows*), nos quais deverão constar a metodologia e os parâmetros utilizados, bem como a memória de cálculo;
- d) refazer, sem ônus adicionais para o CONTRATANTE, os serviços julgados inadequados pelo gestor do Contrato, em um prazo máximo de 20 (vinte) dias, a contar da notificação;
- e) observar os prazos estabelecidos nos itens 3 e 8.5 do Termo de Referência;
- f) manter durante toda a execução dos serviços as condições exigidas na licitação para sua habilitação;
- g) apresentar, no prazo de 7 (sete) dias úteis, a contar da assinatura do Contrato, Cédula de Identidade Profissional emitida pelo IBA — Instituto Brasileiro de Atuária, perante o Ministério do Trabalho, de todos os profissionais que compõem a equipe técnica, responsáveis pela execução dos serviços;
- h) manter sigilo absoluto sobre as informações obtidas e, nos termos do art. 111 da lei n 8.666/1993, ceder os direitos patrimoniais relativos ao fornecimento de todos os dados, documentos e elementos de informação pertinentes ao estudo.

## DO VALOR

CLÁUSULA QUINTA - O valor do presente Contrato é de R\$.  
(.....mil reais), sendo fixo e irrevogável.

## DO RECEBIMENTO

CLÁUSULA SEXTA - O objeto deste Contrato será recebido da seguinte forma

a) provisoriamente, após a apresentação/fornecimento de cada informação, dado ou relatório exigido em cada etapa, por servidor ou Comissão designada pelo TRT, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes, que procederá à conferência de sua conformidade com o Contrato. Caso não haja qualquer impropriedade explícita, será atestado esse recebimento;

b) definitivamente, em até 5 (cinco) dias úteis após a conclusão dos serviços referentes a cada etapa, e de sua respectiva homologação, por servidor ou Comissão designada pelo TRT, mediante “atesto” na nota fiscal/fatura, comprovando a adequação aos termos contratuais.

Parágrafo primeiro - Caso sejam constatadas inadequações, falhas ou incorreções na execução do objeto, a CONTRATADA fica obrigada a efetuar as correções necessárias, sem ônus para o CONTRATANTE.

Parágrafo segundo - O recebimento provisório ou definitivo não exclui as responsabilidades civil e penal da CONTRATADA.

## DO PAGAMENTO

CLÁUSULA SÉTIMA – O pagamento será efetuado por etapa mediante crédito em conta-corrente da CONTRATADA, por ordem bancária, em até 10 (dez) dias úteis, a contar do recebimento da nota fiscal/fatura, quando mantidas as mesmas condições iniciais de habilitação, e, caso não haja fato impeditivo para o qual tenha concorrido a adjudicatária, devendo apresentar ainda:

- a) Certidão Negativa de Débito - CND, comprovando regularidade com o INSSI;
- b) Certificado de Regularidade do FGTS - CRF, comprovando regularidade com o FGTS;
- c) Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal.

Parágrafo primeiro - O pagamento somente será realizado após o recebimento definitivo de cada etapa, desde que não se verifiquem falhas ou imperfeições, observado o quadro abaixo:

ETAPA CONCLUÍDA	PERCENTUAL A SER PAGO
Primeira	40
Segunda	20
Terceira	20
Quarta	20
Total	100

Parágrafo segundo – A CONTRATADA não poderá apresentar nota/fatura com CNPJ diverso do qualificado no preâmbulo do Contrato.

CLÁUSULA OITAVA – A nota fiscal/fatura apresentada em desacordo com o estabelecido no edital, na nota de empenho, no Contrato ou com qualquer circunstância que desaconselhe o pagamento será devolvida à CONTRATADA e nesse caso o prazo previsto na Cláusula Sétima será interrompido. A contagem do prazo previsto para pagamento será iniciada a partir da respectiva regularização.

CLÁUSULA NONA – Nenhum pagamento será efetuado à CONTRATADA enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação. Esse fato não será gerador de direito a reajustamento de preços ou à atualização monetária.

#### DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

CLÁUSULA DEZ — Ocorrendo atraso no pagamento, e desde que não tenha concorrido de alguma forma a CONTRATADA, haverá incidência de atualização monetária sobre o valor devido, pela variação acumulada do Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP-DI), coluna 2, publicado pela Fundação Getúlio Vargas, ocorrida entre a data final prevista para pagamento e a data de sua efetiva realização.

#### DA VIGÊNCIA

CLÁUSULA ONZE — O presente Contrato terá vigência de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da sua assinatura.

## DAS SANÇÕES

CLÁUSULA DOZE - Com fundamento no art. 7º da Lei n 10.520/2002 e nos artigos 86 e 87 da Lei n 8.666/1993, a CONTRATADA ficará sujeita, no caso de atraso injustificado, assim considerado pela Administração, execução parcial ou inexecução da obrigação, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal, assegurada a prévia e ampla defesa, às seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de:

b.1) 0,3% ao dia sobre o valor contratado, no caso de atraso injustificado para a execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias, aplicada por ocorrência;

b.2) 0,3% ao dia sobre o valor contratado, no caso de atraso injustificado para refazer os serviços julgados inadequados, limitada a incidência a 10 (dez) dias;

b.3) 10% sobre o valor contratado, na hipótese de atraso injustificado por período superior ao previsto nas alíneas “b.1” e “b.2”, ou em caso de inexecução parcial da obrigação assumida;

b.4) 20% sobre o valor contratado, no caso de inexecução total da obrigação assumida;

c) suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com o TRT, pelo prazo de até 2 (dois) anos;

d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Parágrafo primeiro - O valor da multa, aplicada após o regular processo administrativo, será descontado de pagamentos eventualmente devidos pelo CONTRATANTE à CONTRATADA ou cobrado judicialmente.

Parágrafo segundo - As sanções previstas nas alíneas “a”, “c” e “d” desta cláusula poderão ser aplicadas, cumulativamente ou não, à pena de multa.

Parágrafo terceiro - As penalidades previstas nas alíneas “c” e “d” desta cláusula também poderão ser aplicadas à CONTRATADA que tenha sofrido condenação definitiva por fraudar recolhimento de tributos, praticar ato ilícito visando a frustrar os objetivos de licitação ou demonstrar não possuir idoneidade para contratar com a Administração.

## DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

CLÁUSULA TREZE — A despesa decorrente deste Contrato correrá à conta do programa de Trabalho: 02.XXX.0XXX.XXXX.0001 — ....., Natureza da Despesa: 33.90.35 — Serviços de Consultoria, consignado ao CONTRATANTE no Orçamento Geral da União de 20XX, tendo sido emitida Nota de Empenho n. 20xxNE000xxx, datada de xx/xx/20xx.

## DA RESCISÃO

CLÁUSULA QUATORZE — O inadimplemento de cláusula estabelecida neste Contrato, por parte da CONTRATADA, assegurará ao

CONTRATANTE o direito de rescindi-lo, mediante notificação, com prova de recebimento.

CLÁUSULA QUINZE — Além de outras hipóteses expressamente previstas no artigo 78 da Lei n 8.666/1993, constituem motivos para a rescisão deste Contrato:

- a) atraso injustificado na execução dos serviços, bem como a sua paralisação sem justa causa e prévia comunicação ao CONTRATANTE;
- b) o cometimento reiterado de falhas comprovadas por meio de registro próprio efetuado pelo representante do CONTRATANTE.

Parágrafo único — Nos casos em que a CONTRATADA sofrer processos de fusão, cisão ou incorporação, será admitida a continuação desta contratação desde que a execução do Contrato não seja afetada e que a CONTRATADA mantenha o fiel cumprimento dos termos contratuais e as condições de habilitação.

CLÁUSULA DEZESSEIS — Ao CONTRATANTE é reconhecido o direito de rescisão administrativa, nos termos do artigo 79, inciso 1, da Lei n. 8.666/1993, aplicando-se, no que couber, as disposições dos parágrafos primeiro e segundo do mesmo artigo, bem como as do artigo 80.

#### DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA DEZESSETE — Aplicam-se à execução do presente Contrato a Lei n 8.666, de 21 de junho de 1993 e demais normas legais pertinentes.

## DO ACOMPANHAMENTO

CLÁUSULA DEZOITO — O CONTRATANTE nomeará um gestor titular e um substituto para executar a fiscalização do Contrato. As ocorrências e as deficiências serão registradas em relatório, cuja cópia será encaminhada à CONTRATADA, objetivando a imediata correção das irregularidades apontadas.

CLÁUSULA DEZENOVE - A existência e a atuação da fiscalização em nada restringem a responsabilidade, única, integral e exclusiva da CONTRATADA, no que concerne à execução do objeto contratado.

## DO FORO

CLÁUSULA VINTE E UM - Para dirimir eventuais conflitos oriundos do presente Contrato, é competente o foro de Salvador - Bahia.

## DA PUBLICIDADE

CLÁUSULA VINTE E DOIS — O extrato do presente Contrato será publicado no Diário Oficial (xxxxxxxxxx), conforme dispõe o artigo 61, parágrafo único, da Lei n. 8.666/93.

Justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento em x (xis) vias de igual forma e teor.

Salvador-BA, de de 20xx.

ANEXO AO CONTRATO Nº.  
XX/2012 DE PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇOS DE ASSESSORIA E  
CONSULTORIA TÉCNICA E  
ATUARIAL, QUE ENTRE SI  
CELEBRAM A UNIÃO POR  
INTERMÉDIO DO TRIBUNAL  
REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª  
REGIÃO, E A  
EMPRESA.....

#### 1 - TABELA DE PREÇOS

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR GLOBAL (R\$)
1	Serviço de Assessoria e Consultoria Técnica e Atuarial, para subsidiar a gestão do Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Quinta Região, observando o modelo de autogestão em Saúde.	

## 2 – PRAZOS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 – A primeira etapa deverá obedecer ao seguinte cronograma:

PRAZOS	ATIVIDADES
Dia “N”	Assinatura do contrato.
Dia “N” + 7 dias úteis	Apresentação ao TRT do rol de informações necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.
Dia “N” + 15 dias úteis	Fornecimento dos dados solicitados ao TRT para subsidiar a análise atuarial.
Dia “N” + 30 dias úteis	Apresentação ao TRT do relatório atuarial preliminar, em reunião a ser realizada nas dependências do TRT.
Em até 60 dias, a contar da assinatura do contrato.	Apresentação ao TRT do relatório atuarial conclusivo, em reunião a ser realizada nas dependências do TRT, e homologação da 1ª etapa.

2.2 – As demais etapas deverão ser concluídas nos seguintes prazos:

ETAPAS	PRAZOS DE ENTREGA
Segunda	seis meses após a homologação da primeira etapa.
Terceira	seis meses após a homologação da segunda etapa.
Quarta	seis meses após a homologação da terceira etapa.

## **42 SUGESTÃO DE ATRIBUIÇÕES PARA O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO INTEGRANTE DO ORGANOGRAMA SUGERIDO NO ITEM 24.**

### **A - SEÇÃO DE CADASTRO E ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO**

- Prestar informações e orientações aos beneficiários quanto ao funcionamento e a utilização dos serviços;
- Prestar informações sobre a utilização da assistência direta e da rede credenciada, e o funcionamento do sistema de livre escolha.
- Manter atualizada a relação de credenciados para pronta informação aos beneficiários inclusive na intranet e na internet;
- Proceder à inscrição/exclusão de beneficiários após o recebimento e a conferência da documentação exigida;
- Cadastrar e manter atualizados os dados dos beneficiários;
- Recadastrar os beneficiários periodicamente;
- Consultar periodicamente o cadastro dos titulares e dependentes, providenciando a exclusão daqueles que não mais preenchem as condições para continuidade como beneficiário;
- Organizar o arquivo dos documentos cadastrais dos beneficiários do Programa, mantendo-o em perfeito estado de conservação;
- Providenciar a remessa e a distribuição das carteiras emitidas por credenciados aos beneficiários da autogestão;
- Emitir, controlar a emissão e providenciar a distribuição das carteiras aos beneficiários;

- Emitir Guias de Encaminhamento para atendimento dos beneficiários por solicitação da rede credenciada nos casos especificados no Regulamento Geral;
- Emitir parecer e instruir processos de inscrição/exclusão de beneficiários;
- Orientar as varas do interior quanto às rotinas relacionadas aos assuntos de sua competência.
- Auxiliar na divulgação das ações planejadas e desenvolvidas pela Secretaria.

## **B - SEÇÃO DE CONTRATOS E CREDENCIAMENTOS**

- Providenciar a publicação de edital na imprensa oficial para formação e ampliação da rede credenciada;
- Examinar a conformidade da documentação entregue pelos interessados no credenciamento;
- Entrevistar profissionais e responsáveis por instituições interessados no credenciamento junto à autogestão;
- Providenciar vistoria nas instalações e nos instrumentos dos pretendentes a credenciamento, com a expedição de laudo;
- Instruir e emitir parecer em processos de credenciamento;
- Instruir e emitir parecer em todos os processos licitatórios afetos à sua área de atuação, elaborar instrumentos contratuais e respectivos aditamentos;
- Pesquisar, estudar e divulgar, diariamente, as alterações normativas introduzidas por medidas provisórias, leis, decretos, portarias e outros atos normativos, inclusive aqueles que

regulamentam o setor de Saúde suplementar e que afetem, direta ou indiretamente, o desenvolvimento dos trabalhos da autogestão;

- Acompanhar, junto às demais unidades da Secretaria, o avanço tecnológico de terapias, diagnósticos e tratamentos, promovendo a atualização frequente da rede credenciada;
- Organizar e controlar o arquivo contendo os documentos de habilitação dos credenciados;
- Acompanhar as datas de vencimento dos contratos, convênios, documentos de habilitação dos credenciados, propondo o aditamento ou a renovação;
- Negociar preços e reajuste dos credenciamentos, nos termos contratuais, emitindo parecer nos respectivos processos administrativos;

### **C - SEÇÃO DE LIQUIDAÇÃO DE FATURAS E PROCESSAMENTO DE REEMBOLSOS**

- Receber as faturas dos serviços prestados encaminhadas pela rede credenciada examinando a sua idoneidade;
- Autuar processo juntando as faturas para fins de prestação de contas das despesas executadas;
- Verificar a conformidade do faturamento dos serviços de atendimentos médicos, odontológicos e paramédicos com as cláusulas dos respectivos termos de credenciamento, com as tabelas adotadas e com os pareceres emitidos pela auditoria médica, utilizando os recursos do sistema informatizado;
- Encaminhar aos credenciados as justificativas para as glosas nos documentos de cobrança;

- Submeter à auditoria os procedimentos que necessitem de parecer especializado;
- Prestar informações aos beneficiários e à rede credenciada sobre o estágio da liquidação das despesas;
- Receber e conferir os documentos relativos a reembolsos de despesas médicas, odontológicas e paramédicas, formalizando o correspondente processo para efeito de pagamento;
- Verificar a conformidade dos serviços realizados com a cobertura oferecida pelo TRT5 SAÚDE e com as tabelas adotados;
- Encaminhar o processo da despesa liquidada à SOF para pagamento ao credenciado, quando houver disponibilidade de crédito orçamentário;
- Encaminhar o processo da despesa liquidada à Seção Financeira do TRT5 SAÚDE para pagamento, quando não mais houver crédito orçamentário disponível;
- Atender às recomendações da área de controle interno quando inexisterem justificativas que demonstrem a regularidade dos atos praticados.
- Manter organizados os documentos e as tabelas utilizadas no desenvolvimento das atividades de sua área de atuação.

## **D - SEÇÃO FINANCEIRA**

- Controlar os saldos dos créditos orçamentários destinados à assistência médica e odontológica em parceria com a SOF, a arrecadação da contribuição dos beneficiários, o desconto e o saldo da coparticipação;

- Conferir os processos recebidos para reembolso de despesas e pagamento de faturas à conta de recursos antes de proceder ao pagamento;
- Movimentar os recursos oriundos das contribuições dos beneficiários e da coparticipação;
- Aplicar e resgatar os recursos próprios;
- Emitir ordens bancárias para pagamento de despesas com recursos próprios;
- Pagar quando autorizados os Tratamento Fora do Domicílio – TFD (benefício que poderá ser implantado com a consolidação do plano)
- Realizar periodicamente a conciliação bancária para controle da movimentação financeira;
- Proceder ao pagamento das faturas dos credenciados e dos reembolsos, anexando tais comprovantes aos processos;
- Executar os pagamentos utilizando sistema próprio de gerenciamento financeiro;
- Emitir guias de recolhimento de tributos incidentes sobre os pagamentos à rede credenciada.
- Realizar, manter e alterar mediante documentação idônea o cadastro do domicílio bancário dos credenciados;
- Emitir comprovantes de rendimento e outros relatórios gerenciais para informações a usuários internos e externos;
- Controlar e acompanhar em sistema próprio o saldo devedor dos beneficiários relativos a coparticipação;

## **E - SEÇÃO DE CONTABILIDADE**

- Efetuar a conciliação das contas escrituradas por meio de lançamentos automáticos no sistema de contabilidade, realizando o registro manual de eventuais ajustes obedecendo sempre aos princípios contábeis;
- Emitir balancetes, balanços e demonstrativos contábeis dos recursos próprios, elaborando notas explicativas sobre as demonstrações financeiras;
- Executar as rotinas de abertura e encerramento de exercício;
- Verificar a conformidade contábil da documentação suporte das despesas executadas;
- Acompanhar e avaliar o cumprimento das metas financeiras e a conformidade dos rendimentos das aplicações financeiras com os objetivos previamente traçados;
- Emitir relatórios gerenciais mensais sobre a execução financeira, especialmente quando relacionadas ao cumprimento das metas para divulgação pública;
- Acompanhar as alterações na legislação fiscal, tributária e contábil;

### **43 CADASTRO NA RECEITA FEDERAL DO CNPJ**

O cadastro da pessoa jurídica terá início com a publicação de atos normativos de criação da autogestão de saúde, bem como de designação do seu dirigente que será o responsável pelo CNPJ perante a Receita Federal.

Após a publicação dos referidos atos, baixar o programa de geração do CNPJ no site da Receita Federal, realizar as rotinas de criação da pessoa jurídica, imprimir e enviar o DBE- o Documento Básico de Entrada - utilizando o programa “receitanel”. Aguardar a liberação do DBE e, em seguida, dirigir-se à Receita Federal para apresentação dos documentos. O DBE poderá ser encaminhado assinado e com firma reconhecida ou ser assinado na presença de servidor da Receita Federal. Entregar os documentos de constituição e aguardar a liberação do CNPJ.

Recarga Federal do Brasil - Microsoft Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço [http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva\\_solicitacao.asp](http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva_solicitacao.asp)

Fazenda  
Ministério da Fazenda

**CADASTRO  
SINCRONIZADO  
NACIONAL**

 **REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA**

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>04.326.340/0001-68</b> MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA <b>08/03/2001</b>
NOME EMPRESARIAL <b>PLANO DE ASSISTENCIA A SAUDE E BENEFICIOS SOCIAIS DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL - STF-MED</b>		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) <b>STF-MED</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>84.11-6-00 - Administração pública em geral</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>Não informada</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>107-4 - ORGAO PUBLICO DO PODER JUDICIARIO FEDERAL</b>		
LOGRADOURO <b>PC DOS TRES PODERES, ED. ANEXO I,</b>	NÚMERO S/N	COMPLEMENTO <b>1 ANDAR, ALA B</b>
CEP <b>70.175-900</b>	BARRIO/DISTRITO <b>PLANO PILOTO</b>	MUNICÍPIO <b>BRASILIA</b>
UF <b>DF</b>	SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>08/03/2001</b>
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

Concluído

Iniciar | UOL Mais > Vídeo da I... | Receita Federal d... | Disco local (C:) | AUTOGESTÃO | 02-01-2011 -

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.005, de 08 de fevereiro de 2010.

Emitido no dia **07/02/2011** às **18:26:06** (data e hora de Brasília).

Receita Federal do Brasil - Microsoft Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço [http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva\\_solicitacao.asp](http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva_solicitacao.asp)

Fazenda  
Ministério da Fazenda

**CADASTRO  
SINCRONIZADO  
NACIONAL**

 **REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA**

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>08.512.284/0001-07</b> MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA <b>01/12/2006</b>
NOME EMPRESARIAL <b>PROGRAMA DE ASSISTENCIA A SAUDE DO TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO</b>		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) <b>TST-SAUDE</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÓMICA PRINCIPAL <b>84.11-6-00 - Administração pública em geral</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÓMICAS SECUNDÁRIAS <b>Não informada</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>107-4 - ORGAO PUBLICO DO PODER JUDICIARIO FEDERAL</b>		
LOGRADOURO <b>ST QUADRA 8</b>	NÚMERO <b>S/N</b>	COMPLEMENTO <b>LOTE 1 - BLOCO 4 - SALA 437</b>
CEP <b>70.070-600</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>SAFS</b>	MUNICÍPIO <b>BRASILIA</b>
UF <b>DF</b>		
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>01/12/2006</b>
MOTIVO DESITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

Concluído

Iniciar | UOL Mais > Vídeo da l... | Receita Federal d... | Disco local (C:) | AUTOGESTÃO | 02-01

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.005, de 08 de fevereiro de 2010.

Emitido no dia **07/02/2011** às **18:32:14** (data e hora de Brasília).

Receita Federal do Brasil - Microsoft Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço [http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva\\_solicitacao.asp](http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/cnpj/cnpjreva/cnpjreva_solicitacao.asp)

Fazenda  
Ministério da Fazenda

**CADASTRO  
SINCROZADO  
NACIONAL**

 **REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA**

NÚMERO DE INSCRIÇÃO <b>04.668.817/0001-93</b> MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA <b>01/09/2001</b>
NOME EMPRESARIAL <b>PROGRAMA DE ASSISTENCIA A SAUDE DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA DECIMA REGIAO</b>		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) <b>TRT SAUDE 10</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>84.11-6-00 - Administração pública em geral</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDARIAS <b>Não informada</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>107-4 - ORGAO PUBLICO DO PODER JUDICIARIO FEDERAL</b>		
LOGRADOURO <b>ST SAS - PRACA DOS TRIBUNAIS SUPERIORES OD 01 - BL D</b>	NÚMERO <b>S/N</b>	COMPLEMENTO <b>SALA 14</b>
CEP <b>70.097-900</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>SETOR DE AUTARQUIAS SUL</b>	MUNICÍPIO <b>BRASILIA</b>
	UF <b>DF</b>	
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>01/09/2001</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Concluído

Iniciar UOL Mais > Vídeo d... Receita Federal ... Disco local (C:) AUTOGESTÃO 02-01-2011 - RELA..

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.005, de 08 de fevereiro de 2010.

Emitido no dia **07/02/2011** às **18:37:05** (data e hora de Brasília).

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm)>. Acesso 31.08.2010

BRASIL. Lei 8112/90, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm)>. Acesso em: 31.08.2010.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Resoluções normativas nº137/06 e 148/07. Disponível em:<[http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=843](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=843)>. Acesso em 13.09.2010.

FRANÇA, Valéria. Fogo cruzada na saúde. **Época**, Rio de Janeiro, n.320, p.88-91, jul. 2004.

AZEVEDO, Solange. Como se defender: trinta perguntas sobre o que vai mudar nos planos de saúde, e como o usuário pode garantir seus direitos. **Época**, Rio de Janeiro, n. 320, p.92-94, jul. 2004.

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Pesquisa Nacional 2009. São Paulo, 2010. 50 p.

REVISTA SAÚDE S/A. Curitiba, ano 01, n. 1, 2010.

CONGRESSO DE GESTÃO EM SAÚDE,8, E FEIRA DE PRODUTOS E SERVIÇOS PARA PLANOS DE SAÚDE, 10, 2010, São Paulo.

MARTINEZ, Maria Carmem; PARAGUAY, Ana Isabel B. Bezerra; LATORRE, Maria R. D. de Oliveira. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, V.38, n.1, p.55-61, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n1/18452.pdf>>Acesso 24.08.2010

Sites pesquisados:

1-<http://unidas.org.br/>

2-<http://www.ans.gov.br/>

3-<http://www.ba.trf1.gov.br/prosocial/Default.htm>

4-<http://redir.stf.jus.br/stfmed/apresentarPaginaPrincipal>

5-[http://www.tjdft.jus.br/ps/ps\\_inicio.asp](http://www.tjdft.jus.br/ps/ps_inicio.asp)

6-<http://www.trt10.jus.br/?mod=ponte.php&ori=mag&pag=saude10&path=servicos/saude10/saude10.html>

7-<http://www.trt8.jus.br/pas/>

8 [http://www.stj.jus.br/portal\\_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=523](http://www.stj.jus.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=523)

**ANEXO I**  
**ENTREVISTAS POR TELEFONE COM DIRIGENTES DE**  
**AUTOGESTÕES DE TRIBUNAIS**

## **A) TRT 10ª REGIÃO – DISTRITO FEDERAL**

Contato: Flávio Kobayashi (Coordenador de Assistência Pessoal)

Tel: (061) 3348-1100, 3348-230

Email - [flavio.kobayashi@trt10.jus.br](mailto:flavio.kobayashi@trt10.jus.br);

Diretor – Sílvio

Entrevistador: André Liberato

**CNPJ** 04668817/0001-93 → [..TRT 10ª Região\CNPJ Receita Federal do Brasil.htm](#)

Flávio, coordenador, informou que o problema entre Cassi e TST com o TCU é que a Cassi não emite Notas Fiscais. Pretendiam fazer um convênio de reciprocidade – utilização recíproca da rede, com uma taxa de administração. Isso foi o que foi negado.

Há na 10ª Região convênio com uma operadora, Gama Saúde, e com uma cooperativa de Saúde, Unimed.

Informou que para o credenciamento deve haver edital, pois o registro do CNPJ é como órgão público. Neste ponto, dificulta a seleção da rede credenciada. A utilização de convênio, em vez de credenciamento, facilita a ampliação da rede de atendimento.

O preço foi definido pela empresa Gama Consultores, mediante estudo atuarial. Nele, ficou decidido que os pais deveriam sair do plano em um prazo curto, senão o plano não se sustentaria.

Foi dado um prazo de 04 anos para que os pais saíssem do plano, neste período as mensalidades deles eram aumentadas, assim como a coparticipação. Ao final dos 04 anos, com o intuito de não desampará-los, foi realizado pela associação dos servidores um contrato com a Unimed para absorvê-los. Entretanto, para ficar interessante para a operadora, foi permitida a entrada de muitos beneficiários, sobrinhos, netos e irmãos com intuito de diluir a sinistralidade e fazer um contrato viável.

Há 3200 beneficiários do plano.

**Não houve aporte financeiro, apenas um direcionamento orçamentário para a autogestão.**

O equilíbrio financeiro se estabelece por metas decididas pelo conselho deliberativo:

1. Inicialmente – o plano teria que possuir um fundo para se manter durante um ano sem recurso da união, nem receita de mensalidades;
2. Posteriormente – 02 anos;
3. Atualmente há R\$20.000.000,00 no fundo, que banca um ano e meio sem receita.

Funcionamento:

1. 12 servidores efetivos, 04 estagiários de administração (faturas), 03 estagiários de contabilidade;
2. Um Diretor de serviço;
3. Um Coordenador;

Todos os outros servidores possuem FC's que variam de 1 a 4.

### **B) TRT 8ª REGIÃO – PARÁ**

Contato: Simone Fernandes (Chefe da Seção de Relacionamento do SIS – Sistema Integrado de Saúde)

Email: [Simone.fernades@trt8.jus.br](mailto:Simone.fernades@trt8.jus.br)

Tel: 91-4008-7129

Entrevistador: Zacarias Vitorino Filho)

Informou que a assistência à saúde é na modalidade autogestão.

Conta com 15 pessoas na estrutura operacional e não possui registro da ANS. A autogestão usava, inicialmente, o CNPJ do TRT, após orientação do STJ, criou, na Receita Federal, CNPJ de filial, se autodenominando órgão público. Não segue nenhuma norma da ANS. Não foi elaborado estatuto e não realizou estudo atuarial, mas estão pensando em contratar uma empresa para a realização do referido estudo (estudo atuarial). A contribuição dos beneficiários equivale a 2% da remuneração. É filiado à Unidas, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Utiliza as tabelas de procedimentos médicos negociadas pela Unidas.

### **C) TRT 3ª REGIÃO- BELO HORIZONTE**

Contato – Gláucia de Cássia Franco (subsecretaria de gerencia do plano de saúde)

Tel: (31) -3228-7882

Entrevistador: André Liberato

A autogestão é apenas para as especialidades odontológica, psicoterapêutica e em saúde ocupacional.

Informou que deixou de ser autogestão, em outras especialidades, devido à dificuldade de contratar credenciados fora da capital.

A autogestão não era inscrita na ANS, pois era considerada Órgão Público e, em consulta à agência, tomou conhecimento que o órgão não poderia estar sujeito a regras da autarquia, ANS.

O orçamento começou a não ser suficiente também para a autogestão e era essencialmente bancada pela dotação orçamentária. Assim, o risco era muito grande de ter uma fatura alta e não conseguir pagar.

O Contrato de planos de saúde, para outras especialidades, foi por licitação e somente poderiam aderir somente o titular e o cônjuge. O valor único de R\$130,00 por beneficiário, independentemente da idade.

#### **D) TRT 19ª REGIÃO - MACEIÓ**

Contato – Fábio Almeida Eça ( secretário especializado do setor de benefício)

Tel – (82) -2121-8147

Entrevistador: André Liberato

A Associação dos Servidores criou o Pro-TRT, com base no PRO-TCU, e este contratou livremente a UNIMED.

O valor do auxílio médico é de R\$94,25 por beneficiário. Quem não for associado ao Pró-TRT pode solicitar o auxílio para contratar outro plano de saúde.

Os diretores são os servidores e os magistrados, entretanto quem trabalha operacionalmente são dois funcionários contratados que providenciam os pedidos de reembolsos e as autorizações face a Unimed.

A seção de benefícios do TRT faz as inclusões, as exclusões e a verificação do grau de dependência. Parecido com a SAPS deste Tribunal, Seção de Apoio a Planos de Saúde.

A Associação dos Servidores oferece, mediante o contrato com a Unimed, serviços médicos e odontológicos. Oferece, ainda, ginástica laboral e programa de qualidade de vida no Tribunal.

Cada beneficiário do plano contribui com R\$4,00 para a Associação e a Unimed doa 2,5% do valor de sua fatura para a Associação, que fomenta a Saúde do servidor e, conseqüentemente, traz benefícios para a cooperativa de plano de Saúde.

A Unimed já embute no valor da mensalidade um auxílio funeral para os beneficiários.

Ficou de mandar a Resolução Administrativa e o contrato com a Unimed.

## **E) JUSTIÇA FEDERAL 1ª REGIÃO**

Contato: Marivaldo Muniz Barreto ( Supervisor da seção de bem-estar social)

Tel : (71) 3617-2791, (71) 9945-9082

Email→ [marivaldo.barreto@ba.trf1.jus.br](mailto:marivaldo.barreto@ba.trf1.jus.br)

Entrevistador: André Liberato

Informou que a Autogestão do TRF1, Pró-Social, fez contrato com a Unimed Norte/Nordeste a qual atende a todo o Brasil.

Informou que o Tribunal Regional Federal de São Paulo tem um diretor chamado Ogata que gere muito bem a autogestão.

Funcionamento: 12 servidores, uma FC-5 e quatro FC-4.

Possui terceirizados:

1. 03 médicos;
2. 01 enfermeira;
3. 02 dentistas;
4. 02 auxiliares de consultório de dentista ;
5. 01 técnico de enfermagem

Esse grupo atende 1800 beneficiários.

O grupo atende aos servidores associados ou não na modalidade clínica médica. Os médicos auditores se revezam da seguinte maneira: dois em clínica médica e um na auditoria.

O valor pago aos médicos é de R\$4.211,00 brutos. O total por esses terceirizados é de R\$42.334,00.

A Coparticipação para os titulares e os dependentes não existe desde de 2006, salvo nos seguintes casos: órtese; prótese; e os pais no valor de 50% sobre qualquer procedimento.

Cada titular possui uma cota anual de utilização do plano de R\$1.800,00 de custo, somando-se as consultas, radiologia simples, exames simples e laboratoriais. Sobre o que passar da quota será cobrada a coparticipação de 20%. No caso de Doentes crônicos, solicitam junto ao Conselho Deliberativo a liberação da coparticipação. Não entram as cirurgias nem exames caros, como ressonância magnética.

Dependentes químicos – Na primeira internação não paga nada de coparticipação, na segunda paga 20%, na terceira 50% e na quarta 100%.

Psiquiatria – Sem limite, não há rede credenciada, faz-se mediante convênio com a Unimed que oferece a ala da Santa Mônica.

Psicologia – 1 ano de acompanhamento, prorrogável por mais 01 ano. Passado de um ano, pode o interessado solicitar novo tratamento psicológico.

Ha quatro Seções:

1. médica;
2. odontológica;
3. atendimento;
4. faturamento.

## **F) STJ – PRÓ-SER**

Contato: Nilson Rocha Alves (Chefe da seção de análise e despesas médicas)

Tel: (61) 3319-8410, (61) 3319-9595

Entrevistador: André Liberato

O contato informou que o plano de saúde na modalidade de autogestão foi instituído pela resolução 62/1992.

A autogestão possui CNPJ próprio.

A mensalidade é de 2% sobre o rendimento do magistrado ou do servidor. Embora acredite ser injusta e ultrapassada esta forma de contribuição (pois há servidores com muitos dependentes, inclusive idosos, que pagam a mesma coisa que um jovem servidor que acabou

de tomar posse no STJ e não possui nenhum dependente), o Conselho Deliberativo ainda a mantém.

A coparticipação é de 30% sobre os procedimentos, salvo internação cujo valor é de 10%.

Reembolsam os beneficiários que optarem por médicos fora da rede credenciada.

Possui 45 servidores trabalhando no Pro-ser, autogestão.

O programa prevê outros benefícios além do plano de Saúde, o plano é apenas um deles.

Possui contrato com empresa terceirizada para fornecer médicos que fazem auditoria interna e externa, gerenciam as autorizações para procedimentos médicos e acompanham pacientes internados e pacientes em home-care (paciente cujo tratamento é realizado na residência).

O valor do contrato com a empresa terceirizada é de R\$60.000,00 por mês. Informou que o edital de licitação especificou um teto mínimo para pagamento dos médicos, pois, no último contrato, a empresa, para maximizar seu lucro, contratou médicos com baixo salário, resultando em profissionais pouco qualificados, o que prejudicou os trabalhos.

Informou que o programa de informática que controla a autogestão é extremamente complexo e que o TST, como teve conhecimento, tem tido dificuldades em mantê-lo. Nilson, nosso contato, falou que, para aprimorar o serviço de informática, eles estão preparando licitação para contratar um novo programa que supra a demanda. O programa Benner ( Gerenciador Geral do Programa ), o mesmo da Cassi, é considerado um dos melhores do mercado, embora haja outros bons. A empresa desenvolvedora deste programa informou que custa para eles o valor de R\$1.400.000,00, mas que por licitação

eles vão tentar reduzir para R\$1.200.000,00 ou até R\$1.000.000,00. Falou, também, que o valor total não é pago à vista, é um contrato de 02 anos, que prevê a implantação pela empresa e manutenção durante este período. Informou, também, que existe a possibilidade de uma “ata de adesão”. Caso haja interesse deste TRT, poderia também aderir.. Dessa maneira, poderia se obter o objeto do contrato da licitação deles sem a necessidade de se fazer outra licitação. Saliou que cada tribunal tem suas peculiaridades e demandas próprias, que são apresentadas nas exigências do edital, e que talvez não sejam interessantes para este TRT.

### **G) TJ- Brasília**

Contato: Carlos Silvano Soares Oliveira (Secretário de Assistência e Benefício)

Tel: 61 3103-7000

Entrevistador: André Liberato

Informou que o plano de autogestão já existe há 14 anos.

Possui CNPJ próprio.

O parâmetro de procedimentos médicos adotado é o Rol de Procedimentos da ANS. Pedidos fora deste rol, passarão pelo Conselho Deliberativo.

Há coparticipação de 20% na utilização , salvo consultas, cuja coparticipação é de 30%. Saliou que a copaticipação em hospital de alto-custo é de 50%.

O número de vidas assistidas é de 18.000.

Os pais titulares participam do programa, mas somente os que forem dependentes na Legislação do IR. Silvando, nosso contato,

opinou que deixar os pais de fora do programa seria um custo social muito alto.

O programa possui sistema de informática próprio desenvolvido pelo Tribunal. Comentou que conhecia o sistema da Benner e acreditava ser muito complexo, embora fosse bom, e que, a depender da Secretaria de Informática, talvez fosse melhor criar o próprio sistema.

Falou que o programa de credenciamento está aberto permanentemente e a escolha é feita pelos critérios adotados internamente. Saliou que só credencia pessoa jurídica, pois isso é fundamental para se proteger, uma vez que se for pessoa física fica mais difícil cobrar as responsabilidades inerentes aos serviços.

Informou que o convênio da Unimed Norte/Nordeste é muito bom, pois tem um amplo relacionamento com todas as Unimeds do Brasil e está bem financeiramente.

#### **H) STF – STF-MED**

Contato: Davi Duarte Amaral (Coordenador de Gestão do STF-Med)

Tel: (61) 3217-3366

[Stfmed@stf.jus.br](mailto:Stfmed@stf.jus.br)

[davidd@stf.jus.br](mailto:davidd@stf.jus.br)

Entrevistador: André Liberato

Informou que há autogestão desde 2001.

Possui CNPJ próprio de nº 01.326.340/0001-68.

Há 4.300 beneficiários no plano STF-MED e que estão prestes a fechar um convênio com o CNJ e, conseqüentemente, haverá uma adesão em torno de mais 350 beneficiários.

Ressaltou a importância de utilização atuarial de faixa etária para compor o preço das mensalidades (mais justo e oferece um equilíbrio financeiro melhor, pois se pode cobrar um pouco mais daqueles que realmente utilizam mais o plano) e que foi um erro do STF iniciar com base no percentual da remuneração de 2% independentemente da idade e de quantos dependentes possuísse.

Em 2003, consertando o que eles consideraram ser um erro, foi alterado o sistema contributivo e colocado o sistema por faixa etária. Já houve contratação de 03 empresas para fazer o estudo atuarial.

Informou, ainda, que são filiados à UNIDAS, e que esta oferece um grande suporte para a autogestão, pois oferece cursos, treinamentos, suporte técnico e todo o aparato de gestão. Chamou a atenção para o aspecto da pouca profissionalização dos órgãos públicos no que tange à gestão do plano de assistência à saúde, tendo em vista que essa não é a finalidade do órgão, logo indicou outras autogestões para tomar como parâmetro, como o Banco Central, a Infraero, o BNDES, a Cassi e outras.

Informou, ainda, que o STF tinha desenvolvido o programa de informática próprio para o controle da autogestão, mas que é um sistema complexo e dinâmico e requer manutenção e desenvolvimento contínuo, tendo dificuldade junto à Secretaria de Informática para fazer a manutenção devida e que, a depender da administração que esteja no STF, pode ou não melhorar o sistema, pois como não é a atividade fim, a prioridade para a manutenção e desenvolvimento, às vezes, fica em segundo plano. O STF, então, decidiu adquirir o programa “Benner”, adotado pela Cassi, Banco Central, BNDES e outros. A compra custou o valor de R\$1.396.000,00. A aquisição foi feita por “Registro de Preço”, Ata de adesão, pois a licitação foi realizada pelo TRF de Brasília, TRF1. Pontuou que nem sempre é bom contratar por “Registro de Preço”,

porque a adesão deve ser integral ao outro edital, por um lado é bom, haja vista que poupa o trabalho e o tempo de um processo licitatório, por outro, como cada Tribunal tem suas peculiaridades, não se pode exigir nada para suprir sua demanda específica.

No caso do STF, o programa da “Benner” é uma ferramenta muito complexa e entender como ela funciona demandou muito tempo, logo era necessário ter pedido no edital um consultor da empresa fabricante para implantar e manter o sistema. Inicialmente poder-se-ia estar vinculado ao contrato por um período, talvez dois anos, e posteriormente a um contrato de serviço permanente.

O processo de contratação da rede credenciada é realizado por edital e preenchido os requisitos vincula a contratação, embora concorde que uma rede “enxuta” seja melhor para uma autogestão.

Há coparticipação de 20% para consultas e exames e de 10% para qualquer tipo de internação.

Atualmente, há no fundo de reserva financeira da autogestão o valor de R\$26.000.000,00.

Tem 32 pessoas trabalhando para a autogestão, sendo 13 terceirizadas e 3 estagiários. Salientou que, à medida que for melhorando o sistema de informática, o número de pessoas trabalhando nela deve diminuir.

Não houve aporte financeiro, apenas direcionamento da dotação orçamentária do Auxílio Médico-Hospitalar para a autogestão.

Existe contrato com empresa privada que fornece médicos para realizar a auditoria interna e externa, cujo valor mensal do serviço é de R\$28.000,00.

O STF não oferece opção, quem não entra na autogestão não tem direito ao auxílio-médico, pois este é todo direcionado para pagar as despesas médicas do STF-MED.

## **I) TRE DO PARÁ**

Contato: Conceição Mota (Chefe da seção de gestão de auxílio e benefício)

Tel: (091) 3213-4537

[mmota@tre-pa.gov.br](mailto:mmota@tre-pa.gov.br)

Entrevistador: André Liberato

Conceição informou que havia 1.430 beneficiários e que iniciou em 2006 com programa de informática próprio, desenvolvido por servidor no sistema de desenvolvimento chamado de ACESS, *software* da Microsoft.

Havia mensalidade por faixa etária e coparticipação em percentual que variava de acordo com a remuneração. O percentual recaía sobre o valor da despesa efetuada sobre qualquer atendimento.

O plano de autogestão iniciou oferecendo apenas os procedimentos da ANS (Agencia Nacional de saúde), mais vacinas, para ter um diferencial. Posteriormente, ampliou a cobertura para todos os procedimentos aceitos pelo Conselho de Medicina e acabou com a coparticipação.

Os próprios médicos do TRE é que fazem a auditoria nas contas médicas.

A autogestão atende na Sede da Capital. No interior do Estado, foi realizado um convênio com a Unimed Norte/Nordeste.

A tabela da Unimed é 61% mais alta do que a da autogestão e que, ainda, paga-se 20% de custo operacional quando há utilização pelo beneficiário.

A autogestão foi criada com CNPJ de filial, entretanto está tendo problemas com os Bancos que não a aceitam. A administração está revendo o CNPJ.

Há 18 pessoas trabalhando na coordenadoria e 10 servidores diretamente com o plano.

O Sistema de informática utilizado é muito básico e não possui ferramentas para cruzar os dados. Informou, ainda, que estão locando um sistema chamado FACPLAN, empresa Fácil Informática de Minas Gerais, por R\$58.000,00 anual e que a cada solicitação para adaptar a realidade da autogestão há um custo a mais.

Conceição informou que, devido à falta de controle financeiro e de cruzamento de dados eficientes do sistema, gerou problemas financeiros e que teve que recorrer à dotação orçamentária de 2009 para cobrir 2010. Informou, ainda, que quase teve que reduzir os serviços oferecidos, mas que estão pensando em retornar à coparticipação.

**ANEXO II**  
**VISITAS ÀS AUTOGESTÕES DO TST, STF E TRF1 EM**  
**08/10/10.**

- Visitas realizadas pelo servidor Zacarias Vitorino Filho.

**Dia 08/10/10.**

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO
-------------------------------

Pela manhã visita ao TST Saúde. Contato inicial com o servidor Edilson e posteriormente com o Diretor Marcus Vinicius, que passaram as seguintes informações:

- O TST Saúde foi criado em 2007;
- A contribuição dos beneficiários é com base no percentual da remuneração x faixa etária;
- O número ideal de servidores equivale a 24; no momento atua com 20;
- Utiliza o programa de informática desenvolvido pelo TST no formato TISS – padrão ANS nacional;
- Contratou recentemente estudo atuarial por R\$70.000,00;
- Contratou a UNIMED, 15% de taxa de administração, e a Gama Saúde, 15,9%, para atendimento fora do DF;
- As faturas dos credenciados são pagas pela área financeira do Tribunal que também administra as contas da autogestão (difere do Pró-Social que administra os seus próprios recursos);
- A estrutura organizacional conta com uma divisão e quatro seções: de faturamento médico, de faturamento odontológico, e atendimento e de contratos;

Conselho: evite incluir dependente especial (agregado) é um grande problema a resolver (atualmente o TST vem excluindo progressivamente os agregados por recomendação da consultoria atuarial).

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL
--------------------------

À tarde, visita à autogestão do STF, tendo o seu Diretor Davi Duarte Amaral, passado importantes informações relacionadas à administração de um plano de autogestão.

- De 2001 até agora foram contratados 3 estudos atuariais. Está em curso a contratação de uma empresa de atuária, tendo conseguido uma cópia do termo de referência. O valor da contratação equivale a R\$67.000,00.
- Os atuários sugeriram dois tipos de fundos: o STOPLOSS – inclusão de R\$1,00 em cada mensalidade; e o PEONA – 15% sobre o total arrecadado a cada mês;
- Contras: baixa profissionalização por conta da alta rotatividade;
- Contras: não há pressão para cumprimento de obrigações;
- Berçário: a servidora mãe traz a criança de até 1 ano. O orçamento do respectivo auxílio-creche é destinado para conta da autogestão, separadamente.

TRIBUNAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO
-------------------------------

Em seguida, visita ao Pró-Social para contato com o seu Diretor Marcos de Oliveira Dias. Este prometeu apoio integral ao TRT5, propondo a realização de termo de cooperação para utilização da rede credenciada e treinamento dos servidores, quando necessário.

- O Pró-social conta com 19.200 vidas e um fundo de aproximadamente R\$90.000.000,00;
- Contratou o programa Benner, para pagamento por módulo instalado em um prazo de 9 meses, por R\$1.400.000,00. Este programa utiliza o padrão TISS – faturamento eletrônico/envio de informações (TUS e TISS);
- Atualmente mantém termo de credenciamento no âmbito nacional com a UNIMED e a Gama Saúde;
- No Estado de São Paulo mantém termo de credenciamento com os hospitais Beneficência Portuguesa, Hospital das Clínicas, AC Camargo, INCOR, Sirio-Libanês, Osvaldo Cruz e Albert Einstein, 9 de Julho...
- Em caso de implantação da autogestão do TRT5 se coloca à disposição para assinar termo de cooperação para treinamento de pessoal e para utilização da rede credenciada.

Em 18/02/2011 o grupo de estudos se reuniu no gabinete da Presidência deste Regional para recepcionar o Diretor do Pró-Social, Marcos de Oliveira Dias, oportunidade em que foram apresentados questionamentos ao convidado, que respondeu citando as práticas da autogestão que dirige. As respostas trataram de temas tais como:

atendimento no interior; rede credenciada; tratamento fora do domicílio; estrutura organizacional para implantação e funcionamento de plano de autogestão; sistema de informática; necessidade de auditoria para reduzir despesas. Reforçou que é fundamental a vontade do gestor para implantar e dar continuidade à autogestão, a necessidade do estudo atuarial e do convencimento dos servidores e magistrados por meio da demonstração dos benefícios da autogestão, que são, dentre outros: assistência médica, odontológica, tratamento fora do domicílio, mensalidades menores se comparadas com as operadoras privadas, inclusão dos pais, cabendo estudar e escolher a forma de participação. Salientou a necessidade de traçar metas, realizar palestras na área de saúde, desenvolver campanhas de vacinação, implantar berçário, e realizar ações relacionadas à saúde mental. Na oportunidade, diversas dúvidas dos membros do grupo de estudos foram esclarecidas.

- Visitas realizadas pelo servidor Zacarias Vitorino Filho e André Liberato

### **Dias 03.05.2011 e 04.05.2011**

TRE DO PARÁ
-------------

No dia 03.05.2011, a visita ocorreu pela tarde. A servidora Conceição Mota, com quem já havíamos obtido informações por telefone, nos recebeu e forneceu as seguintes informações:

- O TRE havia contratado uma empresa de informática com o intuito de implantar um sistema de gestão de plano, pois o que existia era

um que fora desenvolvido por servidor no Acess. A empresa contratada de Minas Gerais estava há dois meses com técnicos dentro do TRE para a efetivação do sistema contratado;

- A empresa contratada, Fácil Informática, ganhava pelo aluguel do sistema o valor de R\$4.500,00 mensais;
- O Analista de Implantação, Arnaldo Marques Leite, informou que caso o TRT da Bahia se interessasse, há empresas no Estado que já trabalham com o mesmo programa;
- O TRE iniciou a autogestão sem muito profissionalismo em área de gestão de saúde e ofereceram aos servidores uma ampla cobertura, além de serviços odontológicos;
- Embora o plano esteja atualmente em uma situação financeira difícil, pois as mensalidades são extremamente baixas para a quantidade de benefícios oferecidos, pagando um beneficiário acima de 59 anos o valor de R\$65,00(sessenta e cinco reais), todos os servidores estão extremamente satisfeitos com o plano e que todos requisitados e removidos que chegam ao Tribunal optam pela autogestão, abrindo mão de plano de operadoras privadas como o da Amil;
- O valor da mensalidade deverá subir para haver um equilíbrio das contas da autogestão;

TRT DO PARÁ
-------------

No dia 04.05.2011, a visita ocorreu pela tarde. A servidora Simone Fernandes, com quem já havíamos obtido informações por telefone, nos recebeu e forneceu as seguintes informações:

- A satisfação dos servidores e desembargadores é muito alta com a autogestão do Pará e que ninguém pensa em trocar o plano oferecido pela instituição por outro privado, que geralmente oferecem menos benefícios;
- A autogestão do Pará desempenha um papel social importante na instituição.
- Sobre a operacionalidade do plano informou que:
  - a- Até a apuração das contas médicas, trabalha-se com recibos, pois haverá glosas e, dessa forma, impede-se os prestadores de serviço de pagarem impostos sobre valores não recebidos, devendo o credenciado enviar a Nota Fiscal posteriormente, para a efetuação dos pagamentos;
  - b- Há um processo para cada credenciado e que as faturas vão sendo juntadas nos seus processos respectivos;
  - c- Somente efetiva-se o pagamento após verificação mensal da regularidade fiscal do credenciado;
  - d- Somente há auditoria para as internações hospitalares;
  - e- Os contratos com os credenciados são realizados a cada cinco anos, quando encerra-se o anterior e inicia-se um novo contrato.
  - f- O beneficiário é que preenche toda a guia de autorização e gera um número de guia, isso poupa o trabalho de lançar cada serviço, quando é encaminhada a fatura. Posteriormente, quando prestado o serviço, o credenciado acessa a autorização já preenchida e manda por email para a autogestão. Só no final é que o prestador de serviço manda a guia física assinada pelo beneficiário (a parte física).

- g- Possui convênio com a Cassi e com a Unimed. A primeira cobra um custo operacional de 20% e a segunda de 8%. Esse custo é dividido com o servidor, na forma de coparticipação;
- h- Que possuem 4.889 vidas e que o custo anual com as despesas médicas é de R\$11.840,00 (onze milhões, oitocentos e quarenta mil reais);
- i- A tabela aplicada é da Unidas, que possui um poder maior de negociação junto aos hospitais.

**ANEXO III**  
**ESTUDOS FINANCEIROS REALIZADOS**

## **EXPOSIÇÃO DA PARTE NA COMISSÃO DIA 30.09.2010**

### 1 - APORTE FINANCEIRO.

Ao verificar que o registro junto à Receita Federal da pessoa jurídica criada, conforme o TST, TRT10, TRF1,STJ e STF é como ÓRGÃO PÚBLICO - pensamos não tratar de criação de órgão, mas sim de registro junto à Receita Federal com a finalidade de se criar um CNPJ, para poder movimentar receitas e despesas -, não há necessidade, portanto, de seguir as regras da ANS, tendo em vista que esta é uma mera autarquia sem poder algum de normatizar órgãos públicos. Assim, o aporte financeiro como todas as outras exigências da ANS são dispensadas.

**CONCLUSÃO: Não seguimos regras da ANS. Os órgãos públicos pesquisados não iniciam com aporte financeiro, apenas direcionam a dotação orçamentária específica para pagamentos das contas da autogestão.**

Este TRT possui um valor orçamentário de R\$6.634.646,00 (proposta orçamentária para 2011) anuais para auxílio ao plano médico. Esta dotação orçamentária poderia ser integralmente direcionada para a autogestão a ser criada. Atualmente, a Promédica possui 3.168 beneficiários no plano de Saúde com um faturamento mensal da ordem de aproximadamente R\$1.000.000,00, e uma sinistralidade de aproximadamente de 82% (valor referente ao período de 12 meses apurado em maio de 2010). Dessa forma, se não houvesse novas

adesões, além desta base de 3.168 beneficiários no plano de autogestão, sem contar com as mensalidades pagas pelos beneficiários, e se apenas a autogestão tivesse despesa, teríamos a manutenção da autogestão com o orçamento por mais de 06 meses, quando o ideal, com base em recomendações de especialista, seria de três meses de despesa do plano, conforme quadros 1, 2 e 3 deste anexo.

**CONCLUSÃO: Possuímos o montante financeiro suficiente para sustentar o plano por mais de 06 meses, considerando a situação similar a que a Promédica vivencia hoje e a destinação do orçamento de auxílio-médico para a Autogestão.**

**Obs:** Há que se considerar que muitos servidores que possuem plano externo podem aderir ao plano de autogestão, alterando a configuração supra. Por outro lado, as adesões maciças aumentariam o número de mensalidades recebidas pela autogestão, o que faria com que diluíssem os eventuais sinistros.

**SUGESTÃO: Direcionar todo o orçamento referente ao Auxílio Médico-Hospitalar para a autogestão. O STF e TST adotaram esta postura.**

TOTAIS DO AUXÍLIO MÉDICO-HOSPITALAR PAGOS POR E TRT EM 09/2010:

- Planos internos – R\$227.192,68 – aproximadamente 38% do total.

- Planos externos – R\$370.854,87 – aproximadamente 61% do total.
- Ambos os planos - R\$11.299,94

Fonte: relatórios “TOTAIS LANÇADOS NA FOLHA DE 201009” retirado do sistema de RH.

**Consequência**: Em função da sugestão acima → teremos a extinção do Auxílio Médico-Hospitalar para magistrados, servidores e pensionistas que possuem plano externo e interno.

**Motivo**: Permitir a sustentabilidade e consolidação da autogestão.

**Princípio**: O da solidariedade - todos irão contribuir para um plano em comum, ao invés de cada servidor ter seu plano isoladamente. O lucro que estaria sendo passado para operadoras de Saúde, mediante Auxílio Médico-Hospitalar, reverteria para a autogestão que visa somente ao bem comum dos beneficiários.

Os magistrados e servidores, ao deixarem de receber o auxílio, estarão aumentando a sua despesa com plano de Saúde, entretanto essa despesa na verdade é um investimento que está sendo realizado na autogestão que é um patrimônio deles. O que se deixaria de ganhar R\$207,60, isoladamente, é muito pouco para aquilo que, em conjunto, seria um fundo considerável para autogestão no valor de R\$6.634.646,00 (proposta orçamentária de 2011).

Ponto importante: O Auxílio Médico-Hospitalar passa a ter um conteúdo de investimento e não mais de recursos para custear despesas médicas. A autogestão pertence a todos os magistrados e servidores, mesmo que muitos não adiram ao plano inicialmente, o patrimônio constituído é de todos.

**Meta:** Visando minorar a perda da previsão anual orçamentária, tendo em vista que o contrato com a Promédica é até 30.04.2011, sugerimos a diminuição pela metade ou em setenta e cinco por cento de todos os auxílios médicos a partir de 01.01.2012. Caso haja renovação do contrato, o Tribunal devolveria o valor retroativamente.

### **Coparticipação.**

Definição → É o valor pago pelos beneficiários por utilização dos serviços oferecidos pelo plano de Saúde.

Exemplo: Caso uma consulta médica custe R\$40,00 e se defina no plano de Autogestão um valor de coparticipação de 10%, por exemplo, o Titular beneficiário arcaria com R\$4,00.

Incidência da Coparticipação, possibilidades:

- a) todos os serviços;
- b) só consultas médicas;
- c) exclusão de emergência e urgências;
- d) exclusão de cirurgias eletivas.

**Obs:** pode-se limitar a um valor fixo sobre o qual incidirá a coparticipação para as letras “c” e “d” ou apenas diminuir nestes casos.

Exemplos:

1. Até o valor de R\$20.000,00, emergência, urgências e cirurgias eletivas haveria a incidência da co-participação de 20%, então, o beneficiário arcaria com R\$4.000,00, acima deste valor, não incidiria a coparticipação;

2. Diminuir o valor de coparticipação de 20% para 10%, neste caso o beneficiário acararia com R\$2.000,00.

### **Sugestões sobre coparticipação:**

1) Cobrar 10% de coparticipação para emergência e urgência sobre o valor total;

2) Aumentar para 30% a coparticipação para consulta, ou até 50%, pois poderia atrair bons médicos, com um valor de tabela alto.

A coparticipação e a mensalidade serão variáveis de acordo com o equilíbrio financeiro da autogestão, podendo o Conselho Deliberativo, ao analisar as metas financeiras, diminuir ou aumentar seus valores.

### **RESTRIÇÃO AOS SERVIÇOS MÉDICOS:**

Limitar o número de exames e consultas por período, geralmente é utilizado o período de um mês como padrão. Os beneficiários pagam integralmente o que ultrapassar.

Exemplos:

1) Limitação de consultas → limitação de 02 consultas por mês;

2) Limitação por cotas → Um valor máximo que pode ser gasto entre consultas e exames. (**aplicado no Pró-Social**).

**Obs:** os portadores de doenças crônicas e os que esporadicamente, por circunstâncias peculiares e temporárias, demandarem, devidamente justificadas por médico, não entrariam na regra, caso os serviços ultrapassassem a média determinada.

## **EQUILÍBRIO FINANCEIRO**

Definição → É valor monetário que o Conselho Deliberativo delimita como meta financeira, tendo como parâmetro o que se gasta e o que se arrecada.

Planos de Saúde privados, por quase unanimidade, determinam que a sinistralidade (despesas médicas), deva ficar em torno de 75% do que se arrecada. Eles pagam a mais do que pagaria o Tribunal uma média de 10% de impostos PIS, COFINS, IR, CSLL, ISS RETIDO, além do custo operacional com empregados. Portanto, poderíamos aceitar uma sinistralidade de até 85% para o Equilíbrio Financeiro ser considerado estável, já que os impostos listados acima não seriam cabíveis para órgão público. Os outros 15% constituiriam uma **Fundo de Reserva** (maior parte) e outra parte seria para custear serviços terceirizados, médicos auditores por exemplo.

Haveria metas financeiras a serem cumpridas. O cálculo do acúmulo da sinistralidade mensal, supramencionado, para verificação da necessidade de aumento ou não da participação da mensalidade ou do percentual de coparticipação, poder-se-ia fazer semestralmente, por exemplo. Posteriormente, poderíamos determinar uma meta no fundo de reserva de 12 meses de pagamento das faturas mensais, sem considerar as receitas. Assim, se a fatura for de R\$1.000.000,00, o **Fundo de Reserva** deverá ser de R\$12.000.000,00 para considerar atingido o equilíbrio financeiro.

O cálculo para chegar à sinistralidade será a dotação orçamentária dividida por 12 e o resultado somado com as entradas de mensalidade do mês. Só serviria como referência, pois as receitas financeiras da autogestão só começariam a ser usadas, quando acabasse a dotação orçamentária. Assim, chegaríamos à seguinte fórmula:

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Despesas com sinistros}}{\text{Dotação Orçamentária anual/12 meses} + \text{(mensalidades dos beneficiários)}} \cdot 100$$

Sinistralidade= % de sinistralidade do mês

**Meta seria 85%**, o máximo de sinistralidade para o Equilíbrio Financeiro. Dessa forma:

$$\text{Equilíbrio Financeiro} = \frac{\% \text{ de sinistralidade do mês}}{85\%}.$$

Equilíbrio Financeiro, menor ou igual a 1 ( $\leq 1$ ).

Aquilo que for superior ao número “1” será o que deverá ser repassado para as mensalidades ou uma parte repassada para as mensalidades e outra para coparticipação, após análise semestral.

Exemplo: Dotação Orçamentária mensal	= R\$500.000,00
Mensalidades	= R\$500.000,00
Despesas do Mês	= R\$900.000,00

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{R\$900.000,00}}{\text{R\$500.000,00} + \text{R\$500.000,00}} * 100$$

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{R\$900.000,00}}{\text{R\$1.000.000,00}} * 100 = 90\%$$

Então:

$$\text{Equilíbrio Financeiro} = \frac{90\%}{85\%} = 1,058824$$

Assim:

1 menos 1,058824 vezes 100 igual a 5,8824%

O aumento a ser repassado para a mensalidade deve ser de 5,88%, ou seja, o que superou o valor de “1”.

Trabalhar com uma “sobra” de 15% (Fundo de Reserva e custear serviços administrativos de terceiros) significa que a cada R\$1.000.000,00, o valor de R\$150.000,00 irá para custear as despesas fixas com serviços adm. de terceiros, como por exemplo médicos auditores, estagiários e outros e o resto para a o Fundo de Reserva da autogestão.

<b>Formação de preço</b>
--------------------------

Após estudos de várias autogestões, concluímos que devem ser consideradas as idades e as remunerações dos titulares, conforme tabela a seguir:

	idade	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	acima 59
Faixa salarial											
De R\$0 a R\$4.000.00											
De R\$4.001,00 a R\$5.000.00											
De R\$5.001.00 a R\$6.000.00											
De R\$6.001.00 a R\$7.000.00											
De R\$7.001.00 a R\$8.000.00											
De R\$8.001.00 a R\$9.000.00											
De R\$9.001.00 a R\$10.000.00											
De R\$10.001.00 a R\$11.000.00											
De R\$11.001.00 a R\$12.000.00											
De R\$12.001.00 a R\$13.000.00											
De R\$13.001.00 a R\$14.000.00											
De R\$14.001.00 a R\$15.000.00											
De R\$15.001.00 a R\$16.000.00											
De R\$16.001.00 a R\$17.000.00											
De R\$17.001.00 a R\$18.000.00											
De R\$18.001.00 a R\$19.000.00											
De R\$19.001.00 a R\$20.000.00											
De R\$20.001.00 a R\$21.000.00											
De R\$21.001.00 a R\$22.000.00											
De R\$22.001.00 a R\$23.000.00											
De R\$23.001.00 a R\$24.000.00											
De R\$24.001.00 a R\$25.000.00											
de R\$25.001.00 a R\$26.000.00											
de R\$26.001.00 a R\$27.000.00											
acima um valor de %											

## DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS

**Quadro 1: DEMONSTRATIVO DOS PRÊMIOS, DOS SINISTROS E DO SEGURO SAÚDE**

MÊS/2010	PAGTO <u>PROMÉDICA</u>			PAGTO <u>MEDIAL</u>			SULAMÉRICA (2)			PRÊMIO TOTAL	SINISTRO TOTAL
	PRÊMIO BRUTO (1)	SINISTRO (2)		PRÊMIO BRUTO (1)	SINISTRO (2)		PRÊMIO (2)	SINISTRO (2)			
		VALOR	%		VALOR	%		VALOR	%		
JANEIRO	850.237,00	574.548,00	67,58%	520.871,40	312.379,81	59,97%	181.473,10	125.632,39	69,23%	1.552.581,50	1.012.560,20
FEVEREIRO	854.723,00	503.673,00	58,93%	519.564,28	250.940,58	48,30%	191.811,62	129.196,58	67,36%	1.566.098,90	883.810,16
MARÇO	853.768,00	1.036.842,00	121,44%	523.456,08	279.771,95	53,45%	200.862,74	87.646,64	43,64%	1.578.086,82	1.404.260,59
ABRIL	855.480,00	835.456,00	97,66%	522.404,01	417.923,21	80,00%	201.568,57	159.193,48	78,98%	1.579.452,58	1.412.572,69
MAIO	1.008.882,00	518.204,00	51,36%	515.281,32	412.225,06	80,00%	209.542,57	146.283,22	69,81%	1.733.705,89	1.076.712,28
JUNHO	1.014.413,00	561.889,00	55,39%	520.410,78	416.328,62	80,00%	228.006,77	160.953,52	70,59%	1.762.830,55	1.139.171,14
JULHO	1.008.531,00	665.703,00	66,01%	526.717,31	421.373,85	80,00%	245.338,99	158.898,07	64,77%	1.780.587,30	1.245.974,92
AGOSTO	1.008.513,00	1.051.509,00	104,26%	531.416,63	425.133,30	80,00%	252.700,81	175.012,25	69,26%	1.792.630,44	1.651.654,55

SETEMBRO	1.007.406,00	807.966,00	80,20%	526.326,60	421.061,28	80,00%	252.384,58	131.800,31	52,22%	1.786.117,18	1.360.827,59
OUTUBRO	1.007.503,00	782.429,00	77,66%	521.117,31	416.893,85	80,00%	262.305,07	140.743,30	53,66%	1.790.925,38	1.340.066,15
NOVEMBRO	1.005.855,00	793.919,00	78,93%	523.834,61	419.067,69	80,00%	270.467,81	180.217,06	66,63%	1.800.157,42	1.393.203,75
DEZEMBRO	1.006.518,00	669.242,00	66,49%	522.373,95	417.899,16	80,00%	274.564,94	258.630,49	94,20%	1.803.456,89	1.345.771,65
<b>TOTAL</b>	<b>11.481.829,00</b>	<b>8.801.380,00</b>	<b>76,65%</b>	<b>6.273.774,28</b>	<b>4.610.998,36</b>	<b>73,50%</b>	<b>2.771.027,57</b>	<b>1.854.207,31</b>	<b>66,91%</b>	<b>20.526.630,85</b>	<b>15.266.585,67</b>

### Notas

1 - Fonte: Relatório das operadoras

2 - Medial: devido à falta de dados reais, a sinistralidade do período de abril a dezembro foi estimada em 80%

**Obs: Os valores de despesas, sinistros, são baseados nas tabelas das operadoras de Saúde Medial, SulAmérica e Promédica, podendo variar, a depender da tabela que o TRT adotar para a Autogestão.**

**Obs 1: os sinistros também foram calculados com base somente na cobertura do rol de procedimentos da ANS que é oferecido pelas operadoras privadas, diferentemente das autogestões que normalmente ampliam a cobertura.**

### Quadro 2: DEMONSTRATIVO DOS FLUXOS DE CAIXA DA AUTOGESTÃO

MESES	SINISTROS DAS TRÊS OPERADORAS	UTILIZAÇÃO DO ORÇAMENTO DO TRT5 – PATROCINADORA(dotação orçamentária e saldo)	PARA PAGAMENTO COM RECURSOS PRÓPRIOS	UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS PRÓPRIOS DAS TRÊS OPERADORAS	
				MENSAL	ACUMULADO
<b>DOTAÇÃO LOA</b>		<b>6.363.596,00</b>			
JANEIRO	1.012.560,20	5.351.035,80	-	1.552.581,50	1.552.581,50
FEVEREIRO	883.810,16	4.467.225,64	-	1.566.098,90	3.118.680,40
MARÇO	1.404.260,59	3.062.965,05	-	1.578.086,82	4.696.767,22
ABRIL	1.412.572,69	1.650.392,36	-	1.579.452,58	6.276.219,80
MAIO	1.076.712,28	573.680,09	-	1.733.705,89	8.009.925,69
JUNHO	1.139.171,14	(565.491,06)	565.491,06	1.762.830,55	9.207.265,18
JULHO	1.245.974,92	-	1.245.974,92	1.780.587,30	9.741.877,56
AGOSTO	1.651.654,55	-	1.651.654,55	1.792.630,44	9.882.853,45
SETEMBRO	1.360.827,59	-	1.360.827,59	1.786.117,18	10.308.143,04
OUTUBRO		-			

	1.340.066,15		1.340.066,15	1.790.925,38	10.759.002,27
NOVEMBRO	1.393.203,75	-	1.393.203,75	1.800.157,42	11.165.955,94
DEZEMBRO	1.345.771,65	-	1.345.771,65	1.803.456,89	11.623.641,18
<b>TOTAL</b>	15.266.585,67		8.902.989,67	20.526.630,85	

Fonte: Quadro 1.

**Quadro 3:**

**DEMONSTRATIVO DOS FLUXOS DE CAIXA DA AUTOGESTÃO CONSIDERANDO APENAS A OPERADORA PROMÉDICA**

<b>MESES</b>	<b>SINISTROS OCORRIDOS NA PROMEDICA</b>	<b>UTILIZAÇÃO DO ORÇAMENTO DO TRT5 – PATROCINADORA (dotação orçamentária e saldo)</b>	<b>PARA PAGAMENTO COM RECURSOS PRÓPRIOS</b>	<b>UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS PRÓPRIOS</b>	
<b>DOTAÇÃO LOA</b>		<b>6.363.596,00</b>		<b>FATURAMENTO MENSAL DA PROMÉDICA</b>	<b>ACUMULADO</b>
JANEIRO	574.548,00	5.789.048,00	-	850.237,00	850.237,00
FEVEREIRO	503.673,00	5.285.375,00	-	854.723,00	1.704.960,00
MARÇO	1.036.842,00	4.248.533,00	-	853.768,00	2.558.728,00
ABRIL	835.456,00	3.413.077,00	-	855.480,00	3.414.208,00
MAIO	518.204,00	2.894.873,00	-	1.008.882,00	4.423.090,00
JUNHO	561.889,00	2.332.984,00	-	1.014.413,00	5.437.503,00
JULHO	665.703,00	1.667.281,00	-	1.008.531,00	6.446.034,00

AGOSTO	1.051.509,00	615.772,00	-	1.008.513,00	7.454.547,00
SETEMBRO	807.966,00	(192.194,00)	192.194,00	1.007.406,00	8.269.759,00
OUTUBRO	782.429,00	-	782.429,00	1.007.503,00	8.494.833,00
NOVEMBRO	793.919,00	-	793.919,00	1.005.855,00	8.706.769,00
DEZEMBRO	669.242,00	-	669.242,00	1.006.518,00	9.044.045,00
<b>TOTAL</b>	8.801.380,00		2.437.784,00	11.481.829,00	

**OBS1:** Na fase inicial da autogestão, provavelmente, haverá apenas a migração dos beneficiários da Promédica, tendo em vista que a característica do beneficiário de plano de saúde é a estabilização em um determinado plano e não sua mudança por fatores externos a sua relação com a operadora de saúde escolhida, conforme descrito no item 29 do projeto.

**OBS2:** A simulação considera os sinistros havidos e valores de planos cobrados pela Promédica no ano de 2010.

**ANEXO IV**  
**DECISÕES ENVOLVENDO AS AUTOGESTÕES DE SAÚDE.**

**1 - Referente: Suspensão do pagamento do auxílio-médico – Item 26 da Proposta de Deliberação.**

GRUPO II – CLASSE VII – Plenário

**TC–028.696/2006-7**

Natureza: Representação.

Órgão: Tribunal Superior do Trabalho – TST.

Interessado: Ministério Público junto ao TCU.

**SUMÁRIO:** REPRESENTAÇÃO FORMULADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU. CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIO ENTRE ÓRGÃO PÚBLICO E ENTIDADE PRIVADA DE AUTOGESTÃO PARA FINS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. IMPOSSIBILIDADE. RESSARCIMENTO PARCIAL DE

DESPESAS DE SERVIDORES COM PLANOS DE SAÚDE DE SUA LIVRE ESCOLHA NÃO REPRESENTA DIREITO SUBJETIVO DO SERVIDOR.

1. A celebração de convênio, por parte de órgão público, para fins de prestação de assistência à Saúde de seus servidores, somente é possível com a entidade de autogestão por ele patrocinada, nos termos do art. 230, § 3º, inciso I, da Lei n. 8.112/1990.

2. A prestação de assistência à Saúde do servidor e da sua família, a realizar-se na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido com planos ou seguros privados de assistência à Saúde, não representa um direito subjetivo do servidor público, nos termos do entendimento veiculado no Acórdão n. 2.538/2008 – Plenário.

## RELATÓRIO

Trata-se de Representação formulada pelo Ministério Público

TRT5 Estudo Sobre a Viabilidade de Implantação de Autogestão em Plano de Saúde

junto ao TCU, em 13/12/2006, com fundamento nos arts. 81, inciso I, da Lei n. 8.443/1992, e 237, inciso VII, do Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, noticiando a ocorrência de irregularidades no Convênio firmado entre o Tribunal Superior do Trabalho – TST e a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi, tendo por objeto a utilização mútua de rede credenciada de prestação de serviços médicos.

2. Encontra-se apenso aos presentes autos o TC-002.467/2007-8, que cuida de Representação da Associação dos Servidores do Tribunal Superior do Trabalho – Astrisutra, na qual dá notícia a esta Corte de suposto ato ilegal do TST relativo ao não-reconhecimento da possibilidade de o servidor se beneficiar de ressarcimento parcial do valor despendido com planos privados de Saúde de sua livre escolha.

3. O Deputado Federal Ricardo José Magalhães Barros apresentou a peça de fls. 90 a 103, v. p, sob o título de Denúncia, de igual teor à manifestação encaminhada pelo Procurador-Geral, na qual constou o pedido da autoridade parlamentar para que este Tribunal instaurasse procedimento investigativo no TST, bem como suspendesse, cautelarmente, toda e qualquer relação decorrente do art. 2º da Resolução n. 1.166/2006 (que regulamenta o Plano de Assistência Multidisciplinar à Saúde e de Benefícios Sociais – PAMAS/TST), em especial, o convênio celebrado entre o TST e a Cassi.

4. Em breve histórico acerca da Representação oriunda do MP/TCU, tem-se que o Exmo. Ministro Benjamin Zymler, no exercício da Presidência, concedeu medida cautelar em 27/12/2006, após oitiva dos gestores do TST, para suspender a execução do convênio entre o TST e a Cassi até que o TCU deliberasse sobre o mérito do processo (fls. 203/205).

5. O TST impetrou o Mandado de Segurança n. 26.330 junto ao

Supremo Tribunal Federal, tendo, na ocasião, sido deferida a medida liminar pleiteada no **Writ** no sentido de suspender a decisão proferida pelo Presidente do TCU em exercício.

6. Em 02/01/2007, o TST interpôs Agravo contra o Despacho concessivo da medida de urgência, a fim de que a decisão singular fosse reformada ao mesmo tempo em que pugnou pela improcedência da Representação. O então Presidente do TCU, Exmo. Ministro Walton Alencar Rodrigues, reformou a decisão monocrática proferida pela Presidência em 27/12/2006 (concessiva da tutela de urgência), determinado a remessa dos autos à 3ª Secex para exame (fls. 7/8, anexo 1).

7. O STF considerou prejudicada a análise do **mandamus**, cassando os efeitos da medida liminar anteriormente conferida, em decorrência do atendimento do pedido inserido naquele mandado de segurança pelo TCU, autoridade coatora (fl. 719, verso, v. 3).

8. Instruído o processo no âmbito desta Corte de Contas, o Plenário acolheu Proposta de Deliberação de minha lavra, mediante o Acórdão n. 1.563/2007, cujo teor reproduzo abaixo:

“9.1. com fundamento no inciso VII e no parágrafo único do artigo 237 c/c o artigo 235, ambos do Regimento Interno desta Corte, conhecer da presente representação, para, no mérito, considerá-la procedente;

9.2. fixar o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da publicação deste Acórdão, para que o Tribunal Superior do Trabalho (TST) rescinda o convênio de reciprocidade celebrado com a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), em 24/11/2006, tendo por objeto a utilização mútua de rede credenciada de prestação de serviços médicos, por afronta ao disposto no art. 230, § 3º, inciso II, da Lei n. 8.112/1990, e, ainda,

do entendimento firmado por este Tribunal de Contas da União quando da prolação do Acórdão n. 458/2004 – Plenário;

9.3. determinar ao Tribunal Superior do Trabalho (TST) que:

9.3.1. adote as medidas necessárias para fazer valer, no modelo de assistência à Saúde de seus servidores, dependentes e pensionistas, o disposto no **caput** do artigo 230 da Lei n. 8.112/1990, onde se prevê o direito de o servidor se beneficiar de auxílio mediante ressarcimento parcial do valor por ele despendido com planos ou seguros privados de assistência à Saúde de sua escolha;

9.3.2. proceda, caso ainda não o tenha feito, na forma do disposto no **caput** do art. 230 da Lei n. 8.112/1990, ao ressarcimento parcial das despesas dos servidores que não aderiram ao PAMAS/TST incorridas em virtude do pagamento de planos ou seguros de Saúde privados a partir de 1º/1/2007;

9.4. determinar à 3ª Secex a adoção das seguintes medidas:

9.4.1. monitore o cumprimento, por parte do TST, das medidas determinadas nos subitens 9.2 e 9.3 **supra**, representando a este Tribunal em caso de descumprimento;

9.4.2. proceda, em processo apartado, à análise da regularidade do convênio celebrado, nos moldes daquele descrito nestes autos, entre o Supremo Tribunal Federal (STF) e a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), em 27/3/2001, tendo por objeto a utilização recíproca dos serviços de assistência médico-hospitalar oferecidos pelos convenientes;

9.5. enviar cópia deste Acórdão, bem como do Relatório e Proposta de Deliberação que o fundamentam à Unimed Confederação Centro-Oeste e Tocantins e ao Deputado Federal Ricardo José Magalhães Barros;

9.6. arquivar os presentes autos.”

9. Irresignado com o **decisum**, o TST manejou Pedido de Reexame, no qual aduziu a preliminar de nulidade do Acórdão guerreado por ofensa ao princípio do contraditório e à Súmula Vinculante/STF n. 3. Caso fosse superada a preliminar suscitada, a Corte Trabalhista requeria a reforma dos subitens 9.1, 9.2 e 9.3 do Acórdão então vergastado, sustentando, no mérito, que fosse reconhecida a legalidade do convênio de reciprocidade firmado com a Cassi, bem como, no tocante à Representação da Astrisutra, que fosse fixado entendimento de que o art. 230, **caput**, da Lei n. 8.112/1990, faculta à Administração a possibilidade de não reembolsar os servidores que abrem mão da assistência prestada diretamente pelo próprio órgão, optando por planos privados de Saúde.

10. O Ministro-Relator do Recurso, em seu Voto, consignou que o pronunciamento de mérito a respeito da matéria pressupunha o estabelecimento do contraditório em favor da Cassi. Reputou ainda necessário proceder à oitiva do TST a respeito da ausência de ressarcimento a servidores que optaram por plano de Saúde distinto daquele apontado pelo órgão.

11. Atuando como Revisor do Recurso interposto pelo TST, alinhei-me ao posicionamento do Relator no sentido de que fosse ofertada à Cassi a oportunidade de se manifestar sobre as questões que levaram a este Tribunal fixar prazo para a anulação do ajuste firmado com a Corte Laboral. Também perfilhei do entendimento de oportunizar ao TST o contraditório relativamente à Representação da Astrisutra, que, em síntese, trata da interpretação do art. 230, **caput**, da Lei n. 8.112/1990.

12. Nesse contexto, este Colegiado, por intermédio do Acórdão n. 779/2008, decidiu, entre outras medidas: tornar insubsistentes os subitens 9.2 e 9.3 do Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário, em deferência

aos princípios constitucionais do contraditório e da ampla defesa; determinar a notificação da Cassi – para se pronunciar sobre a legalidade do convênio celebrado com o PAMAS/TST – e do TST – para se manifestar sobre as questões aduzidas na Representação formulada pela Astrisutra.

13. Em atendimento à Deliberação **supra**, os notificados trouxeram aos autos suas justificativas, as quais foram examinadas pela 3ª Secex mediante as instruções de fls. 720 a 734 e 736 a 748, v. 3, sendo esta última elaborada pela assessora da 3ª Secex. Eis o teor da derradeira Instrução:

**“Argumentos apresentados pela Cassi**

21. Cassi sustenta que o convênio com o PAMAS/TST foi realizado em estrita observância das disposições legais e regulamentares e em benefício mútuo dos participantes dos respectivos planos.

22. O convênio de reciprocidade estaria amparado pela regulamentação do art. 230 da Lei n. 8.112/90, estabelecida pelo Decreto n. 4.978/2004 e pela Portaria SRH/MPOG n. 01/2007.

23. De acordo com os termos do art. 1º do Decreto n. 4.978/2004, alterado pelo Decreto n. 5.010/2004, a assistência à Saúde do servidor será prestada mediante a celebração de convênios com entidades de autogestão, sem fins lucrativos, assegurando-se a gestão participativa ou contratos. O mesmo diploma determina que compete à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SRH/MPOG) supervisionar os convênios celebrados e expedir normas complementares à execução do decreto. Nesse intento, a SRH/MPOG publicou a Portaria n. 1.983/2006, estabelecendo orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da

Administração Federal (SIPEC) sobre a assistência suplementar à Saúde dos servidores, norma que foi revogada pela Portaria Normativa SRH/MPOG n. 1/2007.

24. A citada Portaria Normativa dispõe:

‘Art. 2º A assistência à Saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS e, de forma complementar, mediante:

I – convênio com operadoras de plano de assistência à Saúde, organizadas na modalidade autogestão;

(...)

Art. 19. Para celebração de convênios com a União, suas autarquias e fundações, as operadoras de planos de Saúde deverão atender as seguintes condições:

I – serem classificadas como de autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS; e

II – não ter finalidade lucrativa.’

25. Como as únicas condições exigidas para a celebração do convênio descritas, nos incisos I e II acima, estariam plenamente atendidas, não haveria qualquer óbice legal ou regulamentar a impedir o convênio. A Cassi teria capacidade e condições de ajustar convênios com a União, suas autarquias e fundações, não restando lançado qualquer impedimento de acordo com a legislação em vigor.

26. Sob a ótica da regulamentação expedida pela ANS, acredita que a avença celebrada entre a Cassi e o PAMAS para a utilização mútua de rede de prestadores de serviços não pode ser confundida com prestação de serviços de assistência à Saúde e que é equivocada a interpretação dada pelo Tribunal ao parágrafo 1º do art. 21 da Resolução Normativa ANS n. 137/2006.

27. O mencionado termo normativo, em momento algum, condicionaria a celebração de convênio de reciprocidade entre entidades congêneres à existência de carência ou dificuldade de contratação de rede credenciada. Os dispositivos legais disciplinariam somente a contratação o credenciamento ou o referenciamento de rede de prestação de serviços, restando inteiramente omissos quanto à celebração de convênios de reciprocidade entre entidades congêneres.

28. Argumenta que mesmo que se aplicasse o mencionado artigo, concluir-se-ia que não houve infração cometida pela Cassi ao celebrar convênio de reciprocidade com o PAMAS/TST, pois o simples fato de uma das entidades congêneres ser pessoa jurídica de direito público não afasta a possibilidade de celebração do termo recíproco.

29. A norma a ser utilizada seria a Resolução Consu n. 5/1998, e não a Resolução Normativa ANS n. 137/2006, tendo em vista que esta não teria o condão de revogar aquela, por não ter a Agência Nacional de Saúde Suplementar competência para anular medida determinada pelo Conselho Nacional de Saúde Complementar. A ANS seria subordinada ao Consu.

30. A realização de convênio entre as entidades de autogestão encontraria fundamento também na Constituição Federal, que dispõe:

‘Art. 199. A assistência à Saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de Saúde segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.’

31. Seu intuito ao celebrar o convênio de reciprocidade teria sido ampliar a rede de prestadores credenciados, pois quanto maior a lista de profissionais de Saúde à disposição, maior o acesso a este bem e, conseqüentemente, maior a qualidade de vida de seus associados.

32. Assevera que jamais vendeu produtos ou serviços no mercado de planos privados de assistência à Saúde suplementar e que não estaria, com o convênio, abrindo seus planos para usuários externos. Que o fato de possuir vasta rede credenciada não lhe impede o exercício de um direito garantido em toda a legislação pátria.

### **Argumentos apresentados pelo TST**

33. No que diz respeito à Representação da Astrisutra, o TST sustenta que esta Corte não tem competência para decidir sobre a matéria. Entende que a associação está reivindicando satisfação de interesses meramente particulares de parte de seus associados, que não se relacionam a nenhuma lesão ao erário ou malversação de dinheiro público.

34. Alega ainda que para representar seus associados perante o Tribunal, extrajudicialmente portanto, a Astrisutra necessitaria expressa autorização dos filiados. Como isso não ocorreu, requer seja declarada a ilegitimidade ativa da associação.

35. Quanto ao mérito, defende que a lei não faculta ao servidor a escolha de plano de Saúde para fins de assistência médica, mas sim à administração. O comando normativo de fato conferiria direito subjetivo ao servidor de assistência à Saúde, mas a forma como essa assistência será prestada adentraria campo da conveniência e oportunidade da Administração.

36. Lembrou que foi em virtude dessa discricionariedade que o MPOG optou por fazer constar o art. 33 da Portaria/SRH 1.983/2006, que embora não vincule o Judiciário, mostra que o Executivo optou por não conferir aos servidores a modalidade de ressarcimento de despesas de Saúde, quando da existência de outra modalidade de prestação de serviços.

37. Conferindo o dispositivo discricionariedade à Administração, não caberia ao TCU adentrar o mérito administrativo.

38. Informou que a Ação proposta pela Astrisutra na Justiça Federal com pleito semelhante teve o pedido de tutela antecipada indeferido, assim como o Agravo com pedido de efeito suspensivo interposto.

39. Embora não tenha sido instado a se manifestar novamente sobre o convênio firmado com a Cassi, o TST voltou a apresentar argumentos que entende demonstram a legalidade do ajuste.

40. Aduz que o TST decidiu instituir assistência à Saúde na modalidade autogestão por ser o melhor e mais acessível sistema de assistência à Saúde suplementar do país.

41. Esclarece que a Resolução Administrativa n. 1.166/2006 instituiu o Plano de Assistência Multidisciplinar à Saúde e de Benefícios Sociais – PAMAS/TST sob o regime de autogestão e que, como parte integrante do plano, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Superior do Trabalho – TST-Saúde. Assim, o TST-Saúde estaria contido no PAMAS/TST.

42. Defende que o caso da GEAP, utilizado como paradigma pelo Tribunal para analisar o presente convênio, embora se assemelhe a este, apresenta características distintas, o que faz da aplicação do precedente um equívoco.

43. Na hipótese antes analisada, órgãos públicos, sem constituírem autogestão, firmaram convênio direto com a GEAP. No presente caso, a diferença fundamental é que o TST instituiu autogestão que, administrada por conselho composto de dirigentes do TST e representantes dos servidores, assume integralmente os riscos da assistência à Saúde. Havendo supressão de recursos orçamentários da União, responderá integralmente o fundo pelo pagamento das obrigações financeira da rede credenciada.

44. Afirma que um plano contratado diretamente de uma operadora de mercado, mediante processo licitatório, não teria condições de oferecer um padrão de assistência compatível com aquele oferecido por uma autogestão e que, admitida a possibilidade de oferta de um produto completo, o valor da contribuição **per capita** cobrado dos beneficiários não se situaria nos patamares daqueles praticados por uma autogestão.

45. A justificativa fática para o convênio, por parte da autogestão do TST, encontrar-se-ia no fato de ainda não possuir condições de credenciar e controlar rede em todos os municípios em que se encontram servidores ativos, inativos, pensionistas e dependentes.

46. Assevera que a autogestão do TST hoje já possui uma rede com mais de 5.000 prestadores de serviços, que tem condições de examinar os procedimentos porventura utilizados, e que já está atendendo seus beneficiários.

47. Reafirma que a Cassi não comercializa plano de Saúde, mas disponibiliza rede credenciada quando houver dificuldade de contratação por parte do TST, seja sob o ponto de vista de carência de profissionais ou sob o ponto de vista comercial em decorrência de desinteresse quanto à formalização de instrumento contratual pela

baixa concentração de servidores em uma determinada região do país, imposição de tabelas de preços de procedimentos, atuação orquestrada de fornecedores, suspensão unilateral de atendimentos e outras práticas infrativas contra a ordem econômica as quais, verdadeiramente, prejudicam o atendimento e elevam o custo de assistência à Saúde. Não haveria que se falar de prestação de serviços, tampouco de remuneração.

47. Cuidar-se-ia, assim, de um regular convênio entre duas autogestões, amparado pelas normas regulamentares expedidas pelo órgão competente – o Consu, mais especificamente a Resolução n. 5, que permite a celebração de convênios de reciprocidade entre autogestões, a ele não se aplicando o inciso I do § 3º do art. 230 da Lei n. 8.112/90.

#### **Análise dos argumentos apresentados pela Cassi e pelo TST relacionados ao convênio**

48. Tanto a Cassi como o TST defendem a legalidade do convênio de reciprocidade firmado, embora os fundamentos não sejam completamente coincidentes.

49. A Cassi argumenta, em síntese, que o Decreto n. 4.978/2004, que regulamenta o art. 230 da Lei n. 8.112/90, e a Portaria SRH/MPOG n. 01/2007, editada por determinação do referido decreto, amparariam a celebração do convênio. Isso porque a Cassi, na condição de autogestão que firma convênio com órgão público para prestação de serviços de assistência à Saúde, cumpriria todos os requisitos previstos nos regulamentos, quais sejam: ser classificadas como de autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS e não ter finalidade lucrativa.

50. Em outra linha, também assere ser legítima a formalização de convênio de reciprocidade entre duas autogestões, relação que

não seria albergada pelas normas da ANS, mas pelas normas do Consu.

51. O TST, por sua vez, defende que o convênio que firmou com a Cassi, por intermédio do PAMAS/TST, não se submete às regras do art. 230 da Lei n. 8.112/90, por não se tratar de celebração de convênio entre órgão público e autogestão operadora de plano de Saúde, mas de convênio de reciprocidade entre duas autogestões. Incidiriam sobre a avença somente as regras da Resolução Consu n. 5/2008.

52. Analisar esses argumentos, definir o conjunto normativo a que se submete a relação firmada entre o TST e a Cassi, e firmar juízo sobre a regularidade dessa relação, pressupõem estabelecer sua natureza, o que se passará a fazer.

53. Tem-se como interveniente do convênio entre o TST e a Cassi o Programa de Assistência Multidisciplinar e de Benefícios Sociais – PAMAS/TST. O TST o instituiu por Resolução Administrativa, sob o regime de autogestão, e autorizou, no mesmo ato, a celebração de convênio da autogestão criada com a Cassi. Conforme explica a Corte Trabalhista, o modelo é assentado nos princípios do mutualismo e da solidariedade, contribuindo cada participante mensalmente com uma quantia a ser investida num fundo comum, a ser utilizado na assistência à Saúde dos servidores e dependentes, em complementação aos recursos orçamentários. Informa-se ainda que a autogestão é administrada por conselho composto de dirigentes do TST e representantes dos servidores, e sabe-se ser gerida pela unidade de recursos humanos daquele Tribunal (fl. 343, vol. 1). Também consta no processo a informação de que o PAMAS/TST foi inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa

Jurídica, com código e descrição da natureza jurídica relativa a Órgão Público do Poder Judiciário Federal (fl. 3, anexo I).

54. Neste ponto, mostra-se útil recorrer ao arcabouço normativo que regulamenta os sistemas de autogestão no país.

55. A Resolução da Diretoria Colegiada ANS n. 39/2000 define as autogestões como modalidade de classificação dos seguimentos em que podem atuar as operadoras de planos privados de Saúde:

#### ‘DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 10. As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 9º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

- I – administradora;
- II – cooperativa médica;
- III – cooperativa odontológica;
- IV autogestão;
- V – medicina de grupo;
- VI – odontologia de grupo;ou
- VII – filantropia.

(...)

Art. 14. Classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à Saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de

associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.’

56. Mais recentemente, a definição da autogestão definida por aquela Resolução foi alterada pela Resolução Normativa ANS n. 137/2006, que trouxe regulamento para as entidades no âmbito do sistema de Saúde complementar. Interessam para este estudo os seguintes excertos da norma:

‘Art. 2º Para efeito desta resolução, define-se como operadora de planos privados de assistência à Saúde na modalidade autogestão:

I – a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à Saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- a) sócios;
- b) administradores e ex-administradores;
- c) empregados ativos e inativos;
- d) ex-empregados;
- e) pensionistas;e
- f) grupos familiares dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consangüíneo ou afim; ou

II – pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano privado de assistência à Saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- a) empregados e servidores públicos ativos;
- b) ex-empregados e ex-servidores públicos;

d) sócios, administradores e ex-administradores, quando for o caso;

e) empregados ativos e inativos, pensionistas e ex-empregados da própria pessoa jurídica; e

f) grupos familiares dos beneficiários descritos nos incisos anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consangüíneo ou afim.

(...)

Art. 12. Para os efeitos desta resolução, considera-se:

I – instituidor: a pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins econômicos, que cria a entidade de autogestão;

II – mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos referidos no caput do art. 5º mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão; e

III – patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à Saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.

(...)

Art. 15. Quando o patrocinador for instituição pública, a formalização dessa condição será efetivada por meio de convênio, nos termos do inciso I do § 3º do art. 230 da Lei n. 8.112, de 1990.'

55. Como se observa, no regulamento da ANS só há previsão de criação de autogestões sob o regime de direito privado. Mesmo que vinculada a órgão público, hipótese do inciso II do art. 2º acima, a entidade seria pessoa jurídica de direito privado. O vínculo da autogestão com instituição pública, para o que só se prevê a

condição de patrocinador, deve ser formalizado por meio de convênio, na forma do inciso I do § 3º do art. 230 da Lei n. 8.112/90.

56. Esse esclarecimento é de fundamental relevância para o exame das alegações apresentadas pelo TST e pela Cassi. É que, no caso em questão, a autogestão criada pelo TST não é pessoa jurídica de direito privado. Na verdade, não tem personalidade jurídica própria, embora possua inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica. É o Departamento de Recursos Humanos do TST, órgão público, que gere a rede credenciada e administra as questões a ela relacionadas. Prova inequívoca disso é a publicação, pelo próprio TST, do edital de credenciamento de hospitais para a prestação de serviços ao TST-Saúde, anexado por cópia às fls. 363/374 do vol. 1.

57. Tem-se, diante disso, a instituição de um fundo de recursos orçamentários e privados, que gere rede de hospitais e clínicas credenciadas, com regulamento próprio, administrado por conselho composto de dirigentes do TST e de representantes dos servidores, que não se enquadra na definição de autogestão fornecida pela entidade responsável pela regulação da Saúde suplementar no país, não possuindo, inclusive, registro perante entidade.

57. Conquanto não se mostre pertinente e produtivo discutir, no âmbito deste processo, o cabimento da constituição desses sistemas de gestão de recursos destinados à Saúde pelos órgãos públicos, afasta-se de pronto a idéia de que se trata de convênio de reciprocidade entre duas típicas autogestões sujeitas às normas do Consu ou da ANS. A Resolução Consu n. 5/98, que autoriza a celebração de convênios entre autogestões, não está, assim, apta a amparar a formalização do convênio.

58. Há que se ter em mente que o convênio em discussão tem em seus pólos, de um lado, um órgão público – em que pese a existência de um interveniente, este é desprovido de personalidade jurídica e o TST é, de fato, o signatário do convênio – e, de outro, uma autogestão. Essa circunstância demonstra a subsunção do ajuste aos ditames da Lei n. 8.112/90 e faz válidos todos os argumentos que fundamentaram o Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário, os quais [se considera] dispensável repetir por já amplamente debatidos no âmbito deste processo. Mesmo a constatação de que o PAMAS/TST já possui rede credenciada, o que comprovaria a ocorrência da reciprocidade de interesses, não é capaz de elidir a irregularidade, qual seja: a inafastável condição de que a autogestão seja patrocinada pelo órgão não foi atendida.

59. Restaria analisar a alegação da Cassi no sentido de que o Decreto n. 4.978/2004, que regulamenta o art. 230 da Lei n. 8.112/90, e a Portaria SRH/MPOG n. 01/2007, editada por determinação do referido decreto, amparariam a celebração do convênio, por restarem preenchidos por aquela autogestão todos os requisitos previstos nos regulamentos.

60. Ocorre que a condição que o Tribunal entendeu não ter sido cumprida quando da prolação do referido Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário – ser a autogestão conveniente patrocinada pelo órgão – não decorre de regulamento, seja do Decreto n. 4.978/2004 ou da Portaria SRH/MPOG n. 01/2007, que, a propósito, só se aplica aos órgãos integrantes do Sipec – Sistema de Pessoal Civil da Administração, dentre os quais não se encontra o TST. A condição decorre do próprio texto legal. Transcrevo, para que não restem dúvidas, trecho do Voto condutor daquele **decisum**, em que esse assunto é tratado:

'28. Com efeito, o § 3º, inciso I, que se refere à prestação de assistência à Saúde do servidor meio de convênio, é explícito no sentido de que tais ajustes somente poderiam ser celebrados entre o próprio órgão público, no caso da União, e, ainda, entre as entidades autárquicas e fundacionais e a respectiva autogestão por ele patrocinada, que possuísse autorização de funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no caso de a avença ter sido celebrada antes de 12/2/2006.

29. Após essa data, o dispositivo legal determinou que os convênios celebrados entre os órgãos da União e suas entidades autárquicas e fundacionais e a respectiva autogestão por eles patrocinada devem observar a regulamentação da ANS.

30. Pois bem, independentemente do teor da regulamentação sobre o patrocínio de autogestões, que foi expedida pela ANS em 14/11/2006 – Resolução Normativa n. 137, não há dúvida de que o disposto no art. 230, § 3º, inciso I, da Lei n. 8.112/90, com redação dada pela Lei n. 11.302, de 10/5/2006, somente facultou a celebração de convênios para a prestação de serviços de assistência à Saúde dos servidores, entre o órgão, autarquia ou fundação e respectiva entidade de autogestão por eles patrocinada.'

61. Não prosperam, por tudo isso, nem as alegações do TST nem as alegações da Cassi relativas à regularidade do convênio.

62. Em que pese o vício do ajuste firmado pelo TST, cabe considerar que seu imediato cancelamento, se tida por consistente a argumentação até aqui expendida, trará graves prejuízos ao

fornecimento de assistência à Saúde dos servidores do órgão, embora o TST afirme já possuir rede credenciada.

63. Prudente, então, a exemplo do cuidado já adotado quando da prolação do Acórdão n. 1.563/2007, que se conceda ao TST prazo razoável para rescisão da avença, de modo que seja possível ao órgão adotar todas as providências necessárias ao implemento de uma solução que garanta satisfatória prestação de assistência à Saúde de seus servidores, sem ferir disposições legais.

64. Válido lembrar, nesse sentido, que a garantia de pleno acesso de servidores públicos aos serviços e ações de Saúde foi o fundamento que motivou o Supremo Tribunal Federal a suspender cautelarmente, em vários casos concretos, os efeitos do Acórdão n. 458/2004 – TCU – Plenário, proferido no processo da GEAP. É exemplo a decisão no Mandado de Segurança n. 25.855-1.

#### **Análise dos argumentos apresentados pelo TST relacionados à Representação da Astrisutra**

65. Mostram-se suficientes, quanto a este ponto, as conclusões do analista às fls. 720/735.

66. Observo que o TST não apresentou argumento novo, relacionado à competência do TCU ou à interpretação do art. 230 da Lei n. 8.1123/90, que já não tenha sido considerado no amplo debate já empreendido neste processo sobre o tema, em especial nas discussões que fundamentaram o Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário.

67. Pertinente somente acrescentar, no que diz respeito à afirmação de que a Astrisutra não teria legitimidade para representar seus associados perante o Tribunal, que tal circunstância não é capaz de viciar o processo ou obstar seu prosseguimento. É que os processos que tramitam no âmbito deste

Tribunal são regidos pela oficialidade. A atuação do TCU no sentido de apurar fatos independe do impulso de terceiros, por decorrer do exercício regular de suas atribuições institucionais. Havendo indícios, cabe o Tribunal aferir a veracidade dos fatos levados a seu conhecimento.”

14. Ante o exposto, a assessora da 3ª Secex, com anuência do Titular da Unidade Técnica, sugere ao Tribunal que adote o seguinte encaminhamento para os presentes autos (fl. 748, v. 3):

14.1. fixar o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para que o Tribunal Superior do Trabalho rescinda o convênio de reciprocidade celebrado com a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi, em 24/11/2006, tendo por objeto a utilização de rede credenciada de prestação de serviços médicos, por afronta ao disposto no art. 230, § 3º, inciso II, da Lei n. 8.112/1990;

14.2. determinar ao Tribunal Superior do Trabalho que aplique o previsto art. 230 da Lei n. 8.112/1990, de forma a preservar o direito dos servidores, que não aderiram ao PAMAS/TST, ao ressarcimento parcial das despesas incorridas em face do pagamento de planos ou seguros de Saúde privados;

14.3. determinar à 3ª Secex que, após o trânsito em julgado da decisão que vier a ser proferida neste processo, proceda, em processo apartado, à análise da regularidade do convênio celebrado entre o Supremo Tribunal Federal – STF e a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi, em 27/3/2001, tendo por objeto a utilização recíproca dos serviços de assistência médico-hospitalar oferecidos pelos convenentes;

14.4. enviar cópia da decisão que vier a ser proferida à Unimed Confederação Centro-Oeste e Tocantins e ao Deputado Federal Ricardo José Magalhães Barros;

14.5. arquivar o presente processo.

15. Estando os autos em meu Gabinete, sobreveio peça da Unimed Confederação Centro-Oeste e Tocantins na qual a entidade transcreve trecho do Acórdão n. 2.538/2008 – Plenário, sob o fundamento de que há interconexão entre as questões tratadas nestes autos e aquelas dirimidas no mencionado **decisum** (fls. N. 749 a 752, v. 3).

16. Tal decisão foi proferida nos autos do TC-026.925/2007-0, que trata de Consulta acerca da interpretação a ser dispensada pela Administração Pública Federal à legislação que atualmente rege a prestação de assistência à Saúde de servidores públicos civis, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, tendo em vista o teor da Portaria/MPOG n. 1.983, de 05/12/2006.

17. Por último, registro que consta inserida no bojo dos autos Representação do MP/TCU de 03/12/2007 (fls. 81 e 82, anexo 3), fundada em requerimento da Astrisutra, que apontou eventual descumprimento pelo TST dos subitens 9.3.1 e 9.3.2 do Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário.

É o Relatório.

### **PROPOSTA DE DELIBERAÇÃO**

Cuida-se de Representação formulada pelo Ministério Público junto ao TCU, em 13/12/2006, com fundamento nos arts. 81, inciso I, da Lei n. 8.443/1992, e 237, inciso VII, do Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, noticiando a ocorrência de possíveis irregularidades no Convênio firmado entre o Tribunal Superior do Trabalho – TST e a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi, tendo por objeto a utilização mútua de rede credenciada de prestação

de serviços médicos.

2. Consoante visto no Relatório precedente, o Tribunal, mediante o Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário, conheceu desta Representação, considerando-a quanto ao seu mérito precedente, e, entre outras medidas, determinou ao TST que rescindisse o referido convênio firmado com a Cassi, por considerá-lo ilegal, e que providenciasse o ressarcimento parcial das despesas dos servidores daquela Corte Laboral que não aderiram ao Plano de Assistência Multidisciplinar à Saúde e de Benefícios Sociais – PAMAS/TST, incorridas em face do pagamento de planos ou seguros de Saúdes privados.

3. A Deliberação mencionada no item anterior foi parcialmente tornada insubsistente, em sede de Pedido de Reexame manejado pelo TST (Acórdão n. 779/2008 – Plenário), sob o fundamento de que não foram observados os princípios do contraditório e da ampla defesa. Naquela assentada, atuando como Revisor do Recurso, alinhei-me ao posicionamento do Relator no sentido de que fosse conferida à Cassi a oportunidade de se manifestar sobre as questões que levaram este Tribunal a fixar prazo para a anulação do ajuste firmado com a Corte Laboral. Outrossim, concordei com a proposta de oportunizar ao TST o contraditório no tocante à Representação oferecida pela Associação dos Servidores do Tribunal Superior do Trabalho – Astrisutra, que trata de ato supostamente ilegal praticado pelo TST, consistente no não-reconhecimento da possibilidade de o servidor se beneficiar de ressarcimento parcial do valor despendido com planos privados de Saúde de sua livre escolha.

4. Nesta fase processual, examinam-se as justificativas trazidas ao descortino do TCU pelo órgão e pela entidade instados a se manifestarem.

5. Compulsando as peças acostadas ao processo, observa-se que os notificados buscam demonstrar a legalidade do convênio ora em epígrafe. Para tanto, a Cassi sustenta, em síntese, que o Decreto n. 4.978/2004 e a Portaria SRH/MPOG n. 01/2007 (norma que revogou a Portaria SRH/MPOG n. 1.983/2006) – regulamentadores do art. 230, § 3º, I, da Lei n. 8.112/1990 – dariam suporte jurídico à celebração do convênio, eis que a Cassi, na condição de autogestão que firma convênio com órgão público para prestação de serviços de assistência à Saúde, cumprira todos os requisitos contidos nos mencionados regulamentos, quais sejam: ser uma autogestão e não ter finalidade lucrativa.

6. Já o TST defende que a norma adequada a amparar o ajuste em foco seria a Resolução Consu n. 5/2008, não devendo, portanto, o convênio firmado com a Cassi, por intermédio do PAMAS/TST, subsumir-se ao art. 230 da Lei n. 8.112/1990, porquanto não se trata de celebração de avença entre órgão público e autogestão operadora de plano de Saúde, mas de convênio de reciprocidade entre duas autogestões.

7. A legalidade do convênio ora apreciado foi amplamente examinada na Proposta de Deliberação de minha lavra, acolhida pelo Plenário do TCU mediante o Acórdão n. 1.563/2007, razão pela qual considero pertinente resumir os principais pontos ali abordados para que não reste dúvidas acerca do posicionamento adotado pela Corte de Contas no tocante ao tema. Eis o teor da referida Proposta de Deliberação:

7.1. o arcabouço normativo básico a respeito da matéria está fulcrado nas disposições do art. 230 da Lei n. 8.112/1990, modificado pela Lei n. 11.302/2006, e na Resolução Normativa n. 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, embora conste do

preâmbulo do convênio em questão que a avença tem fundamento na Lei n. 9.656/1998, na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu n. 5/2008, e na Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – RDC-ANS n. 39/2000;

7.2. a Lei n. 9.656/1998 não traz dispositivo específico tratando de convênio entre órgãos públicos e entidades de autogestão. Outrossim, a Resolução Consu n. 5/1998, bem como os arts. 6º, 7º, 8º e 14 da RDC-ANS n. 39/2000, já não mais estavam em vigor na data da celebração do Convênio (21/12/2006), uma vez que revogados pela Resolução Normativa ANS n. 137/2006. Logo, os dispositivos regulamentares invocados pelos convenientes não estão aptos a amparar o ajuste;

7.3. a interpretação do Decreto n. 4.978/2004, que regulamentou o art. 230 da Lei n. 8.112/1990, já foi fixada pelo Plenário Corte, por meio do Acórdão n. 458/2004, ao firmar entendimento de que edição do Decreto em foco não dava azo à possibilidade de os órgãos públicos, não patrocinadores das respectivas entidades de autogestão, celebrarem convênios com entidades de autogestão, que não fossem administradas pelos próprios servidores daqueles órgãos. Nessa inteligência, o convênio em exame somente poderia ser considerado regular se, dentre os patrocinadores da Cassi, figurasse a Corte Trabalhista, fato que não ocorre;

7.4. o art. 230 da Lei n. 8.112/1990, alterado pela Lei n. 11.302/2006, dispõe que a assistência à Saúde do servidor, ativo ou inativo e de sua família será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS (1), diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor (2), mediante convênio (3) ou contrato (4), ou na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor com planos ou seguros privados de assistência à Saúde;

7.5. o § 3º, inciso I, do art. 230 da Lei n. 8.112/1990 é explícito no sentido de que tais ajustes sejam firmados entre o órgão público da União (ou suas autarquias e fundações) e entidades de autogestão por elas patrocinadas. No caso, o TST é patrocinador da autogestão por ele criada – PAMAS/TST ou TST/Saúde –, mas não detém a condição de patrocinador da Cassi, razão pela qual não ocorre a subsunção do convênio ao permissivo legal referido;

7.6. a mesma interpretação que esta Corte de Contas conferiu ao Decreto n. 4.978/2004 deve ser adotada para o art. 230, § 3º, da Lei n. 8.112/1990, qual seja, a de que somente é facultado ao órgão público celebrar convênios com a entidade de autogestão por ele patrocinada;

7.7. não há, portanto, respaldo legal para a celebração do convênio TST-Cassi, pois qualquer que fosse o instrumento utilizado para entabular o ajuste, como possui em um dos pólos da relação órgão público, há que serem observados os ditames legais que regem a atividade estatal e a própria Constituição Federal, que demandam a realização de licitação para as contratações da Administração Pública. Ainda que a Resolução Consu n. 5/1998 e o art. 8º da Resolução da Diretoria Colegiada da ANS n. 39/2000, que previam a possibilidade de celebração de convênio de reciprocidade entre entidades de autogestão, estivessem em vigor, o que não é verificado (uma vez que expressamente revogados pela Resolução ANS n. 137/2006), não se poderia admitir que tais normativos dispusessem de forma contrária à Constituição Federal;

7.8. há outros óbices acessórios à continuidade da avença, quais sejam: a) a pessoa que intervém na relação convencional pelo TST – PAMAS/TST – não tem, em princípio, condições de arcar com os deveres que lhe foram impostos pelo ajuste, uma vez que a autogestão criada pelo TST foi o TST-Saúde, entidade a qual são alocados os

recursos orçamentários; e b) há, no convênio, previsão de reembolso, por parte dos convenentes, da taxa de 11% a título de despesas operacionais arcadas com o atendimento dos seus usuários. Em que pese haver previsão de que o pagamento dessa taxa seja efetuado com os recursos da contrapartida dos servidores ao referido plano, não há como deixar de observar que tal fato pode implicar transferência indevida de verbas de um convenente a outro, bastando, para tal, que as despesas operacionais se situem abaixo desse patamar (11%);

7.9. ante todos os argumentos expendidos, não há como este Tribunal considerar regular o ajuste firmado entre a Cassi e o TST.

8. Ainda no que concerne à licitude do convênio em foco, o Relator do Recurso interposto pelo TST contra a deliberação acima mencionada, Exmo. Ministro Benjamin Zymler, consignou em seu Voto, apesar de assentar que o pronunciamento de mérito a respeito da matéria pressupunha o estabelecimento do contraditório em favor da Cassi, que, mediante a apreciação dos elementos contidos nos autos, “teria ocorrido afronta ao art. 230, § 3º, I, da Lei n. 8.112/1990. Segundo esse comando normativo, somente é facultado ao órgão público celebrar convênio com entidade de autogestão por ele patrocinada para prestação de assistência médica a seus servidores. Ocorre que o TST não detém a condição de patrocinador da Cassi. A avença entre esses entes deveria, portanto, ter sido precedida de regular procedimento licitatório, com subsequente celebração de contrato.” (Acórdão n. 779/2008 – Plenário).

9. Com efeito, ante a demonstração de que a avença está eivada do vício de ilegalidade, penso que o TCU deva fixar o prazo razoável de 180 (cento e oitenta) dias para que o TST rescinda convênio de reciprocidade celebrado com a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil.

10. Não restando dúvidas acerca da exegese adotada pelo Tribunal sobre a matéria acima tratada, passo a analisar a questão contida no TC-002.467/2007-8, apenso ao presente processo, que trata de Representação da Associação dos Servidores do Tribunal Superior do Trabalho – Astrisutra contra suposto ato ilegal da administração do TST relativo ao não-reconhecimento da possibilidade de o servidor se beneficiar de ressarcimento parcial do valor despendido com planos privados de Saúde de sua livre escolha.

11. Nesse tocante, o TST alega, em sede de preliminar, que a Corte de Contas não tem competência para decidir sobre a matéria, por entender que a associação está reivindicando satisfação de interesses particulares de seus associados, que não se relacionam à lesão ao erário ou à malversação de dinheiro público. Requer ainda seja declarada a ilegitimidade ativa da associação, haja vista que para a Astrisutra representar seus associados perante o TCU necessitaria expressa autorização dos seus filiados.

12. No mérito, a Corte Trabalhista aduz que a Lei n. 8.112/1990 não faculta ao servidor a escolha de plano de Saúde para fins de assistência médica, mas sim à administração. Esclarece que, em vista dessa discricionariedade, o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão editou a Portaria/SRH n. 1.983/2006, que, embora não vincule o Judiciário, estabelece a opção do Poder Executivo por não conferir aos servidores públicos federais o ressarcimento de despesas de Saúde quando da existência de outra modalidade de prestação desses serviços.

13. Quanto às preliminares suscitadas pelo TST, creio que não devem prosperar, por considerar ser de competência deste Tribunal tratar da questão versada na Representação proposta pela Astrisutra, uma vez que, ao revés do que defende a Corte Laboral, a referida

Representação não busca a defesa de direitos subjetivos daquela associação, mas sim tem o desígnio de assegurar a regular aplicação de verba pública federal, encargo que se encontra indiscutivelmente no âmbito da competência do TCU.

14. Relativamente ao pleito de que seja reconhecida pelo TCU a ilegitimidade ativa da associação para representar seus associados perante esta Casa, entendo que o argumento retro – verificação do regular emprego de recursos públicos – e o fato de que a peça proveniente da associação contribuirá para a busca da verdade material, princípio norteador da processualística aplicada aos processos deste Tribunal na obtenção da veracidade dos fatos, mostram-se suficientes para refutar a hipótese de ilegitimidade ativa ora argüida, não se vislumbrado, portanto, qualquer óbice ao prosseguimento do processo.

15. Quanto ao mérito, para melhor compreensão do tema, transcrevo o art. 230 da Lei n. 8.112/1990, com a redação dada pela Lei n. 11.302/2006:

“Art. 230. A assistência à Saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da Saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à Saúde, na forma estabelecida em regulamento.”

16. Como se vê, o Estatuto estabelece, em relação à assistência à Saúde do servidor público federal, quatro maneiras de prestar assistência à Saúde: pelo Sistema Único de Saúde – SUS; diretamente pelo próprio órgão ou entidade; mediante convênio ou contrato; ou, ainda, por meio de ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor com planos ou seguros privados de assistência à Saúde.

17. De ressaltar que o **caput** do art. 230 da referida lei, **in fine**, previu regulamentação, que, no âmbito do Poder Executivo Federal, foi veiculada à época pela Portaria SRH/MPOG n. 1.983, de 2006, revogada pela Portaria SRH/MPOG n. 1/2007.

18. O ato administrativo em vigor, na mesma linha do ato revogado, tratou, entre outras medidas, do auxílio a ser reembolsado aos servidores públicos federais que optarem por plano ou seguro de Saúde privados, dispondo, em seu art. 33, que esse benefício somente é devido se a administração não oferecer plano de assistência à Saúde suplementar de seus servidores, seja na forma de convênio, contrato ou serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

19. Dessarte, o TST, com fulcro no citado regulamento, aduz que cabe ao órgão dispor sobre a forma que prestará assistência suplementar à Saúde de seus servidores, sendo facultado, ainda, o não-ressarcimento àqueles que optarem por planos privados de Saúde.

20. A **quaestio úris** ora posta foi enfrentada quando da prolação do Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário. Na Proposta de Deliberação que impulsionou o referido **decisum**, entendi adequadas as considerações manifestadas pelo Procurador-Geral junto a esta Corte no tocante ao tema, motivo pelo qual as incorporei como minhas razões de decidir. Veja-se trecho elucidativo do Parecer elaborado pelo representante do **Parquet** especializado:

“A respeito dessa questão, este Representante do Ministério Público junto ao TCU, em manifestação anterior (fls. 283/286 do v. 1), externou o seu entendimento no sentido de, mesmo previamente à edição da Lei n. 11.302/2006, que trouxe nova redação ao precitado art. 230, ser admitida por esta Corte de Contas a prestação de assistência à Saúde mediante ressarcimento dos valores despendidos com planos de Saúde ou seguros-Saúde pelos servidores públicos, seus dependentes e pensionistas. Tanto é assim que esse foi o modelo adotado pela própria Administração do TCU, com respaldo na Resolução n. 127/1999.

Com a redação dada pela Lei n. 11.302/2006, a restituição mediante auxílio deixou de ser um poder da Administração para se tornar um dever desta quando o servidor exercer o seu direito de optar por essa modalidade de assistência à Saúde, haja vista ser facultado ao servidor aderir a plano de Saúde ou a seguro-Saúde de sua livre escolha. Nesse modelo, cabe ao servidor o custeio da mensalidade do plano ou seguro-Saúde que mais lhe aprouver, sendo-lhe assegurado o ressarcimento de, ao menos, parte desse valor, de acordo com as disponibilidades orçamentárias específicas do órgão.

A sistemática de repartição mensal dessas disponibilidades orçamentárias deverá seguir regras prévias e objetivamente estabelecidas pela Administração, assegurando isonomia entre os servidores que comprovadamente tenham aderido a plano ou a seguro-Saúde, seja ele conveniado ou contratado pelo Órgão ou por outro de sua própria escolha.”.

21. Com base nesse entendimento, esta Corte de Cortas resolveu determinar ao TST, por meio do Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário, que observasse o disposto no art. 230 da Lei n. 8.112/1990, no que tange à

necessidade de ressarcir, de forma parcial, os gastos havidos por servidores em planos ou seguros de Saúde. Também foi determinado o ressarcimento das despesas incorridas por servidores não-integrantes do Plano de Assistência Multidisciplinar à Saúde e de Benefícios Sociais – PAMAS/TST com assistência à Saúde, a partir de 1º/01/2007, data em que aquela Corte Trabalhista passou a adotar a autogestão como meio de prestação de serviços de assistência à Saúde dos seus servidores. Rememora-se, porém, que os dispositivos da Deliberação que veicularam essas demandas foram tornados insubsistentes com a prolação do Acórdão n. 779/2008 – Plenário, por ausência de contraditório.

22. Em que pese a intelecção dada à questão, a matéria em foco teve novo delineamento em recente deliberação proferida nos autos do TC-026.925/2007-0 (Acórdão n. 2.538/2008 – Plenário), referente à Consulta acerca da interpretação a ser conferida pela Administração Pública Federal à legislação que atualmente rege a prestação de assistência à Saúde de servidores públicos civis, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, tendo em vista o teor da Portaria MPOG n. 1.983, de 05/12/2006 (revogada pela Portaria SRH/MPOG n. 1/2007).

23. Naquela assentada, o Tribunal respondeu ao Presidente da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados, autoridade consulente, que:

“9.1.1. a escolha por uma, entre as modalidades de prestação de assistência à Saúde previstas no artigo 230 da Lei 8.112/1990, ou, ainda, pela combinação daquelas formas ou modalidades, foi deixada no campo da discricionariedade dos administradores dos órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal;

9.1.2. a matéria tratada no art. 230 da Lei 8.112/1990 encontra-se devidamente regulamentada no âmbito do Poder

Executivo da União pelo Decreto 4.978/2004, alterado pelo Decreto 5.010/2004, bem como pela Portaria Normativa 1, de 27/12/2007, que revogou a Portaria 1.983, de 05/12/2006, ambas da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MPOG, órgão encarregado de, dentre outras, exercer, como órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, a competência normativa em matéria de pessoal civil na esfera da Administração Federal Direta, das autarquias, incluídas as de regime especial, e das fundações públicas;

9.1.3. os órgãos e as entidades que não compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC poderão editar regulamentos, no âmbito de suas competências, a respeito da assistência à Saúde de seus servidores, devendo tais regulamentos estar em estrita consonância com o art. 230 da Lei 8.112/1990;

(...)

9.1.5. a prestação de assistência à Saúde do servidor e da sua família, a realizar-se na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido com planos ou seguros privados de assistência à Saúde, **não representa um direito subjetivo do servidor público**, o que não impede a percepção concomitante de tal benefício com outras modalidades de assistência previstas no art. 230 da Lei 8.112/90, a critério do órgão regulamentador;” (grifos acrescidos)

24. Da leitura isolada dos subitens 9.1.2 e 9.1.3 da Consulta, poder-se-ia argumentar que, pelo fato de a matéria não ter sido regulamentada no âmbito do Poder Judiciário, o plexo de possibilidades encartadas no art. 230 da Lei n. 8.112/1990, referentes às quatro

maneiras de prestar assistência à Saúde aos seus servidores, seria, em tese, direito do servidor. Vale dizer, na hipótese de o servidor exercer o seu direito de optar pela modalidade auxílio de assistência à Saúde, ante a faculdade de aderir a plano de Saúde ou a seguro-Saúde de sua livre escolha, o disposto no **caput** do art. 230 da Lei n. 8.112/1990 albergaria o direito de o servidor se beneficiar de auxílio mediante ressarcimento parcial do valor por ele despendido com planos ou seguros privados de assistência à Saúde de sua escolha, na linha do consignado no Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário.

25. Entretanto, tal exegese não encontra mais guarida ante as disposições contidas nos subitens 9.1.1 e 9.1.5 da Consulta, mormente, no ponto em que estabelece não ser direito subjetivo do servidor o ressarcimento parcial do valor despendido com planos ou seguros privados de assistência à Saúde quando a prestação de assistência à Saúde do servidor e da sua família realizar-se sob a modalidade de auxílio.

26. Nessa esteira de raciocínio, tendo sido reconhecido pelo TCU que não se trata de um direito subjetivo do servidor, emerge, em consequência, a discricionariedade do órgão em optar por conferir ou não aos seus servidores a benesse do ressarcimento ora em discussão. Noutro dizer, com o novel entendimento fixado por esta Corte de Contas em caráter normativo e prejudgando a tese (Consulta), não cabe, neste caso concreto, demandar ao órgão para que adote as medidas necessárias no sentido de observar o direito de o servidor se beneficiar de auxílio mediante compensação parcial da quantia por ele gasta com planos ou seguros privados de assistência à Saúde de sua preferência, conforme anteriormente defendido quando da prolatação do Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário.

27. No que se refere ao encaminhamento proposto pela unidade técnica, deixo de acolher a determinação para que a 3ª Secex proceda, em processo apartado, à análise da regularidade do convênio celebrado entre o Supremo Tribunal Federal – STF e a Cassi, em 27/3/2001, objetivando a utilização recíproca dos serviços de assistência médico-hospitalar oferecidos pelos convenientes, em vista de já constar do subitem 9.4.2 do Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário, que não foi tornado insubsistente pelo Acórdão n. 779/2008 – Plenário, disposição nesse teor.

28. Relativamente à Representação do MP/TCU feita no bojo destes autos (fls. 81 e 82, anexo 3), com base em requerimento da Astrisutra, apontando o suposto descumprimento pelo TST dos subitens 9.3.1 e 9.3.2 do Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário, entendo que deve ser conhecida, para, no mérito considerá-la improcedente, eis que a referida Deliberação ocorreu na sessão de 08/08/2007 (publicada no DOU de 10/08/2007), tendo o TST protocolado Pedido de Reexame nesta Corte em 24/08/2007 (fls. 02/18, anexo 3), o qual foi recebido com efeito suspensivo em relação aos subitens 9.2, 9.3.1 e 9.3.2 do Acórdão recorrido (fls. 38, 40 e 42, anexo 3), não havendo falar, portanto, em descumprimento de decisão do TCU.

29. Por fim, reputo pertinente o envio de cópia desta Deliberação, acompanhada do Relatório e Proposta de Deliberação que a fundamentarem, à Unimed Confederação Centro-Oeste e Tocantins, ante o ingresso da referida empresa como interessada nos presentes autos, bem como ao Deputado Federal Ricardo José Magalhães Barros, em atenção à peça de fls. 90 a 103, v. p, apresentada pela autoridade parlamentar, versando sobre o convênio TST-Cassi.

Ante o exposto, manifesto-me por que o Tribunal adote o Acórdão que ora submeto à apreciação deste Colegiado.

T.C.U., Sala das Sessões, em 04 de março de 2009.

MARCOS BEMQUERER COSTA

Relator

ACÓRDÃO Nº 689/2009 – TCU – Plenário

1. Processo: TC-028.696/2006-7.
2. Grupo II; Classe de Assunto: VII – Representação.
3. Interessado: Ministério Público junto ao TCU.
4. Órgão: Tribunal Superior do Trabalho – TST.
5. Relator: Auditor Marcos Bemquerer Costa.
6. Representante do Ministério Público: Procurador-Geral Lucas Rocha Furtado.
7. Unidade Técnica: 3ª Secex.
8. Advogados constituídos nos autos: Viliene Araújo de Araújo, OAB/DF n. 20.313; Amilcar Quadrado Filho, OAB/DF n. 8.209; Carla Maria Martins Gomes, OAB/DF n. 11.730; Fernando Augusto Pinto, OAB/DF n. 13.421; Patrícia Vieira Coelho Pereira, OAB/DF n. 10.230; Melina Frantz Becker, OAB/DF n. 23.043; e André Luiz Oliveira Gomes Castro, OAB/DF n. 7.572/E.
9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de Representação formulada pelo Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União, com fundamento nos arts. 81, inciso I, da Lei n. 8.443/1992 e 237, inciso VII, do Regimento Interno desta Casa, noticiando irregularidades no

Convênio firmado entre o Tribunal Superior do Trabalho – TST e a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi, com objetivo de utilização mútua de rede credenciada de prestação de serviços médicos, tendo sido conhecida e, no mérito, considerada procedente mediante o Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Plenária, diante das razões expostas pelo Relator, em:

9.1. com fundamento no inciso VII e no parágrafo único do art. 237 c/c o art. 235, ambos do Regimento Interno desta Corte, conhecer da Representação formulada pela Associação dos Servidores do Tribunal Superior do Trabalho – Astrisutra (TC-002.467/2007-8), apensa a estes autos – na qual dá notícia a esta Corte de suposto ato ilegal cometido pelo TST relativo ao não-reconhecimento da possibilidade de o servidor se beneficiar de ressarcimento parcial do valor despendido com planos privados de Saúde de sua livre escolha –, para, no mérito, considerá-la improcedente;

9.2. com base no inciso VII e no parágrafo único do art. 237 c/c o art. 235, todos do Regimento Interno do Tribunal, conhecer da Representação feita no bojo destes autos pelo MP/TCU, com base em requerimento da Astrisutra, apontando eventual descumprimento pelo TST dos subitens 9.3.1 e 9.3.2 do Acórdão n. 1.563/2007 – Plenário, para, no mérito considerá-la improcedente, porquanto a referida Deliberação ocorreu na sessão de 08/08/2007 (publicada no DOU de 10/08/2007), tendo sido manejado Pedido de Reexame pelo TST contra o Acórdão vergastado, o qual foi recebido por esta Corte de Contas com efeito suspensivo, a contar de 24/08/2008, em relação aos subitens 9.2, 9.3.1 e 9.3.2 do **decisum** recorrido;

9.3. fixar o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir do conhecimento deste Acórdão, para que o Tribunal Superior do Trabalho

– TST rescinda o convênio de reciprocidade celebrado com a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi, em 24/11/2006, tendo por objeto a utilização mútua de rede credenciada de prestação de serviços médicos, por afronta ao disposto no art. 230, § 3º, inciso II, da Lei n. 8.112/1990, e, ainda, do entendimento firmado por este Tribunal de Contas da União quando da prolação do Acórdão n. 458/2004 – Plenário;

9.4. determinar à 3ª Secex que monitore o cumprimento, por parte do TST, da medida determinada no subitem anterior, representando a este Tribunal em caso de descumprimento;

9.5. enviar cópia deste Acórdão, bem como do Relatório e Proposta de Deliberação que o fundamentam, à Unimed Confederação Centro-Oeste e Tocantins e ao Deputado Federal Ricardo José Magalhães Barros;

9.6. arquivar os presentes autos.

10. Ata nº 13/2009 – Plenário.

11. Data da Sessão: 8/4/2009 – Extraordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0689-13/09-P.

13. Especificação do quorum:

13.1. Ministros presentes: Ubiratan Aguiar (Presidente), Valmir Campelo, Walton Alencar Rodrigues (Revisor), Benjamin Zymler, Augusto Nardes, Aroldo Cedraz, Raimundo Carreiro e José Jorge.

13.2. Auditores presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa (Relator), André Luís de Carvalho e Weder de Oliveira.

UBIRATAN AGUIAR  
Presidente

MARCOS BEMQUERER COSTA  
Relator

Fui presente:

MARINUS EDUARDO DE VRIES MARSICO  
Procurador-Geral, em exercício

**2 - Referente: Dispensa de licitação para credenciamento  
(contratação de serviços médicos e odontológico).**

**De:** SECOC-TRF1-Seção de Convênios, Contratos e Credenciamentos

**Enviada em:** quarta-feira, 29 de setembro de 2010 13:06

**Para:** DIANE-TRF1-Divisão de Assistência e Negócios

**Assunto:** RES: Ofício SECBE 233 de 22 09 2010.

Senhora Diretora,

Em atenção à consulta formulada pela SEBES/GO, quanto à exigência ou não de licitação para credenciamentos, informo que o Tribunal de Contas da União – TCU, quando o exame do Processo TC 016.522/95-8 – DECISÃO 656/95, Plenário – Ata 58/95 (DO 28/12/95), fixou orientação, com fundamento no art. 25 da Lei 8.666/93, verbis:

“Consulta formulada pelo Exmº Sr. Ministro interino da Educação sobre a possibilidade de se contratar serviços médico-assistenciais aos seus servidores e dependentes, por meio de credenciamento de entidades e profissionais na área de Saúde. Estudos desenvolvidos pelo Tribunal, quando da aprovação do Regulamento de seu Plano de Assistência Médica, demonstraram que o sistema de credenciamento atende aos princípios norteadores da licitação. Conhecimento da Consulta para responder, em tese, que, até a edição do regulamento a que se refere o art. 230 da Lei nº 8.112/90, é possível a adoção desse sistema. Envio, ao interessado, de cópia da Decisão, Relatório e Voto. Arquivamento do processo.”

Na mesma decisão, o TCU fixou os requisitos do credenciamento:

“1 - (...)

“5 - **estabelecer as hipóteses de descredenciamento**, de forma que os credenciados que não estejam cumprindo as regras e condições fixadas para o atendimento, sejam imediatamente excluídos do rol de credenciados;

“6 - **permitir o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado**, pessoa física ou jurídica, que preencha as condições mínimas exigidas;

“7 - **prever a possibilidade de denúncia do ajuste, a qualquer tempo, pelo credenciado**, bastando notificar a Administração, com a antecedência fixada no termo.

“8 - possibilitar que os usuários denunciem qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou no faturamento.”

No julgamento do Processo TC-001.195/98-0, àquele Tribunal também fixou tal entendimento, ao dispor sobre a

inviabilidade de competição no credenciamento de médicos e instituições médico-hospitalares, senão vejamos:

Ementa: Denúncia. Contratação direta de plano de Saúde. Polêmica acerca da sujeição dos serviços sociais autônomos às disposições da Lei nº 8.666/93. Superveniência da Decisão nº 907/97 – TCU – Plenário. Observância dos princípios gerais que norteiam a realização da despesa pública. Entendimentos consubstanciados nas Decisões Plenárias nºs 656/95 e 342/98 acerca da viabilidade de competição na contratação de planos de Saúde e da inviabilidade no credenciamento de médicos e instituições médico-hospitalares. Conhecimento. Improcedência. Remessa de cópia das referidas Decisões ao dirigente do SEBRAE/PI. Ciência ao interessado. Cancelamento da chancela de sigilo. Arquivamento.

No relatório do TCU, no citado processo, foi recomendado:

*c) informe ao SEBRAE/PI que, caso entenda conveniente, poderá, em substituição à modalidade de contratação de serviços de assistência médica atualmente em vigor, que se caracteriza por pagamentos fixos mensais per capita, **adotar o sistema de credenciamento de entidades e profissionais na área de Saúde, hipótese que, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade, tornaria inexigível a licitação, conforme entendimento do Tribunal contido na Decisão Plenária nº 656/95-TCU;***

No julgamento do Processo TC nº 003.950/1998-0, o TCU reitera a previsão da inexigibilidade, ao dispor:

*10.4.1 No credenciamento, o Poder Público contrata todos que forem qualificados e se mostrarem interessados para a prestação do serviço. Nesse caso há inviabilidade de competição, dada a impossibilidade prática de estabelecer-se confronto, entre os licitantes, no mesmo nível de igualdade.*

*10.4.2 O Tribunal já firmou entendimento em relação ao credenciamento para*

*contratação de serviços de Saúde para atendimento aos servidores públicos, admitindo a inexigibilidade da licitação por haver inviabilidade de competição, conforme o caput do art. 25 da Lei 8.666/93, desde que os princípios da administração Pública sejam observados (a respeito ver Decisão nº656/95-TCU - Plenário, TC 016.522/95-8, Ata nº 58/95; Decisão nº 104/95 – Plenário, Ata 10/95; Decisão nº 112/97 – Plenário, Ata 10/97; Decisão 214/97 - Plenário - Ata 15/97).*

*10.4.3 Ressaltamos que o credenciamento não deixa de ser um procedimento licitatório, pois deve respeitar os princípios da licitação e a Lei 8.666/93, devendo-se dar publicidade mediante edital e ser devidamente fundamentada e justificada de acordo com os arts. 25 e 26 da Lei de Licitações.*

*10.4.4 Na hipótese de a SES/DF estar se utilizando da figura do credenciamento com base no art. 25 da Lei 8.666/93, entendemos ser tal atitude legal, já que é similar ao procedimento analisado no item 10.4.1 retro, com a diferença de que os serviços estariam sendo contratados para*

*atendimento da sociedade, atendendo ao interesse público, e não de seus servidores.*

Dessa maneira, segundo o eg. TCU, não será exigível o procedimento licitatório quando a competição se tornar inviável (art. 25 da lei 8666/93), seja em razão da fixação da tabela de preços que remunerará os serviços, seja pela possibilidade de qualquer interessado se credenciar a qualquer momento, caso preste serviços semelhantes na localidade, não havendo, assim, disputa entre os proponentes. Ressalte-se, por fim, como mencionado nos acórdãos, não haverá, no caso em tela, pagamento de mensalidade *per-capita*, apenas serão remunerados os serviços porventura prestados.

À consideração superior.

José Roberto Lopes  
Supervisor da SECOC TRF

### 3 - Referente: Competência para julgar as autogestões dos órgãos públicos e competência para defendê-las.



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA PRIMEIRA REGIÃO

OFÍCIO/DIGES/N. 538

Brasília – DF, 27 de dezembro de 2010.

Ref.: informações solicitadas pela Procuradoria da União no Estado do Maranhão.  
Ação Ordinária 2010.37.00.001996-0/6ª Vara da Seção Judiciária do Maranhão.  
Autora: MARIA DA LUZ BOTELHO COELHO.

Senhor Advogado da União,

1. Em atenção aos termos do OFÍCIO Nº 2458/2010-SEC.JUD/PU/MA/LAM/CMFM, de 25 de novembro de 2010, relativo à Ação Ordinária nº 2010.37.00.001996-0, proposta por MARIA DA LUZ BOTELHO COELHO, em curso na 6ª Vara da Seção Judiciária do Estado do Maranhão, presto as informações que se seguem.

2. A autora, dependente do servidor aposentado e beneficiário titular JOSÉ HENRIQUE COELHO, propôs, inicialmente, perante o Juízo Cível da Comarca de São Luís/MA, ação ordinária, com pedido de antecipação de tutela, para compelir o PRO-SOCIAL – Programa de Assistência aos Servidores do Tribunal Regional Federal da Primeira Região a fornecer a ela o arcar com os custos de “pinos, parafusos e demais materiais cirúrgicos” que alega necessitar, sob pena de multa pelo descumprimento.

3. O pedido de antecipação de tutela foi deferido em 20/5/2009, nos seguintes termos:

*EX POSITIS e, balizado nos fundamentos fático e jurídico retroexpendidos, em especial nos artigos 273 e no § 4º, do artigo 461, todos do Codex Processual Civil c/c artigo 4º, do Código de Defesa do Consumidor, HEI POR BEM DEFERIR O PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA INITIO LITIS ORA EM EVIDÊNCIA, PARA DETERMINAR A REQUERIDA PARA EFETUAR O PAGAMENTO CONFORME O PEDIDO, CUMPRINDO INTOTUM O CONTRATO, ATÉ A DECISÃO FINAL DESTA DEMANDA, sob pena de multa diária de R\$ 500,00 (quinhentos reais), em favor da parte*

Ilmo. Sr. Advogado da União – PU/MA  
Dr. LEONARDO ALBUQUERQUE MARQUES  
Procuradoria da União no Maranhão  
Rua Osvaldo Cruz, 1618, Canto da Fabril – São Luís/MA - CEP 65020-251  
Ed.-Sede dos Órgãos Fazendários – 8º andar, Setor “D”

SAU/SUL, Quadra 2, Bloco k – Praça dos Tribunais Superiores – Ed. Sede II do TRF, 7º andar, – Brasília/DF – CEP 70070-900  
Telefones: (61) 3314-5459 – Fax: (61) 3226-6431 – Internet: <http://www.trf1.jus.br> – [diges@trf1.jus.br](mailto:diges@trf1.jus.br)

PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

*requerente, caso não seja cumprido o mandado, sendo o dies a quo correspondente a 03 (três) dias, após o recebimento da intimação desta decisão, sendo esta técnica do antigo direito francês, calcada nas astreintes.*

DA APRESENTAÇÃO DO PRO-SOCIAL

4. O Pro-Social é um Programa de Assistência aos Servidores do Tribunal Regional Federal da Primeira Região e visa proporcionar aos magistrados e servidores do Tribunal e das Seções Judiciárias jurisdicionadas serviços de saúde e alguns benefícios sociais, na forma de seu Regulamento-Geral. É administrado por sistema de autogestão, pelo Tribunal, por intermédio da Secretaria de Bem-Estar Social – SECBE, anteriormente denominada de Secretaria de Programas e Benefícios Sociais.

5. Em treze Estados da federação e no Distrito Federal, que compõem a Primeira Região, entre as quais a Bahia, existem Seções-SEBES que cuidam dos beneficiários dessas localidades.

6. As principais deliberações do Pro-Social emanam de seu Conselho Deliberativo, constituído pelo Presidente do Tribunal Regional Federal da Primeira Região, que o preside; por um representante da classe dos magistrados; um da classe dos servidores; pelo Diretor-Geral do TRF/1ª Região; pelo Diretor da Secretaria de Bem-Estar Social – SECBE e pelo Diretor da Secretaria de Controle Interno do TRF/1ª Região.

7. O Pro-Social tem suas diretrizes gerais, critérios e condições estabelecidos em Regulamento-Geral e outros atos normativos. A assistência direta à saúde tem as despesas à conta de recursos da União ou de recursos próprios e é prestada nas seguintes modalidades :

- a) interna: realizada nas instalações físicas do Tribunal e Seccional por profissionais de saúde do seu quadro de pessoal ou contratados junto a entidades;
- b) externa: realizada por meio de credenciamento de profissionais de saúde, nas Seccionais que não possuam instalações físicas adequadas para o atendimento interno.

8. Na assistência direta, são prestados atendimentos, tais como consultas, solicitação de exames complementares, tratamentos clínicos e odontológicos, emergências e campanhas preventivas, acompanhamento dos tratamentos psicológicos realizados pela assistência indireta, orientação, encaminhamento e acompanhamento de pacientes para tratamentos especializados, perícias médicas e odontológicas e concessão do benefício social de Auxílio-Creche.

9. Na assistência indireta, os serviços e benefícios sociais oferecidos relacionam-se à assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar, odontológica e social e apresenta-se sob as modalidades dirigida, quando prestada por profissionais e instituições selecionados pelo Pro-Social, mediante celebração de credenciamentos, convênios e ajustes, **ou de livre escolha, prestada por profissionais e instituições não pertencentes à rede credenciada.**

PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

DOS FATOS ALEGADOS PELO AUTOR

10. A autora afirma que, após sentir grave mal-estar, e constada a necessidade de colocação de pinos e outros materiais para realização da intervenção cirúrgica e a conseqüente fixação da coluna vertebral, procurou o “Plano de Saúde” Pro-Social para autorização do referido implante e que, todavia, o Programa não cobriu as despesas relativas à colocação de próteses ou órteses, concedendo apenas um crédito para sua aquisição, denominado Auxílio-Financeiro, conforme Resolução/PRESI 670-028, de 22/12/2008.

11. Argumenta que, *“diante da negativa do plano de saúde em autorizar a colocação das próteses ou custear suas despesas, sob a alegação de que não faz parte de sua cobertura, a paciente já procurou outra rede de hospital (Hospital SARAH), a fim de que fosse realizado o referido procedimento, pois não possui condições financeiras de arcar com as despesas da referida cirurgia, todavia não logrou êxito em conseguir o atendimento imediato.”*

12. Sustenta que o procedimento cirúrgico demanda a instalação de próteses (pinos) para fixação da coluna vertebral, estando ligado ao próprio ato cirúrgico e que, embora a ré cubra todos os custos do procedimento cirúrgico, se recusa a custear a aquisição dos materiais necessários à cirurgia da requerente, por considerá-lo não previsto entre suas responsabilidades contratuais, o que violaria o “contrato” firmado entre ambos, como também os Códigos Civil e de Defesa do Consumidor, que vedariam em suas disposições cláusulas restritivas que resultem em renúncia de direitos do “aderente”, além da Lei nº 9.656/98.

13. Acrescenta que, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa 167 da ANS, tem direito à cobertura integral no caso da prótese utilizada e que essa norma estabeleceu o novo rol de procedimentos e vedou a exclusão de cobertura de fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico, em sintonia com o referido diploma legal.

14. Junta jurisprudência sobre o assunto, especialmente no tocante a supostas cláusulas abusivas, assim consideradas aquelas que não cobrem fornecimento de materiais cirúrgicos, órteses e próteses necessários a procedimentos cirúrgicos e ainda ressarcimento no caso de cirurgias realizadas em clínicas não credenciadas. Aduz ter ficado demonstrado o entendimento jurisprudencial no sentido da obrigatoriedade do fornecimento pela empresa de seguro de saúde desses materiais para o seu consumidor, quando tal se mostre necessário.

DOS ESCLARECIMENTOS ACERCA DAS ALEGAÇÕES DO AUTOR

15. **O Pro-Social não é um Plano de Saúde.** É uma entidade associativa mantida com recursos da União e dos servidores da Primeira Região. É destinada à livre e exclusiva associação de servidores da Primeira Região. Não tem personalidade jurídica própria. Integra a estrutura organização do TRF/1ª Região, conforme Resolução/PRESI 600-007, de 13/03/2009 (cópia anexa).

16. A autora, na defesa de seus supostos direitos, arrima-se na Lei 9.656/1998, que não tem aplicação à espécie, como também não tem as regras de planos

PODER JUDICIÁRIO  
 TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

de saúde ou seguros privados. Como dito, o Pro-Social não é um plano de saúde. O servidor não firma contrato de plano de saúde, mas se associa à entidade e participa da elaboração das regras de custeio por meio de seu representante, sobretudo porque as decisões, tomadas por um colegiado, denominado Conselho Deliberativo do Pro-Social, envolvem sua capacidade financeira e devem preservar sua autossustentação. A entidade é administrada por servidores nomeados pela autoridade competente do TRF/1ª Região. Trata-se de um sistema de autogestão, voltado para magistrados e servidores da Justiça Federal da Primeira Região, sem fins lucrativos.

17. Com relação à suposta afronta ao Código do Consumidor, não se sustenta a alegação, pois as regras de participação financeira do beneficiário, no presente caso, são muito claras e constam das normas regulamentares, com ampla divulgação e publicação. Ademais, o beneficiário tem conhecimento, já quando ingressa no Pro-Social, com muita transparência e clareza, das regras existentes, o que, de pronto, rechaça eventual questionamento a respeito de inobservância em relação a eventual "contrato", haja vista que as regras são estatuídas em regulamentos e normas estatuídas por seus associados/conselheiros.

18. O Pro-Social tem suas normas gerais fixadas no Regulamento-Geral, cópia anexa (Resolução n. 670-006, de 04.06.2003), cujo parágrafo único de seu art. 14 estabelece, como diretriz, **a participação financeira do beneficiário no tocante aos benefícios de próteses**, entre outros, com remissão do assunto à regulamentação. Confira-se:

*"Art. 14. O Pro-Social oferece aos seus beneficiários, na modalidade de assistência indireta, os seguintes serviços e benefícios sociais:*

*I – assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar:*

*c) tratamentos clínicos e cirúrgicos, inclusive internação hospitalar e domiciliar*

*Parágrafo único. Os benefícios de ortodontia, de órteses, de próteses e implementos médico-hospitalares e odontológicos, de internação domiciliar, de assistência paramédica e o Auxílio Medicamentos serão objeto de regulamentação específica, inclusive quanto à forma e percentuais de participação financeira do beneficiário titular e beneficiário pensionista, a ser elaborada pela Administração do Programa e submetida à aprovação do Conselho Deliberativo do Pro-Social." (grifou-se)*

19. Relativamente aos implementos médico-hospitalares e cirurgias, estatui a citada norma:

*"Art. 23. Poderão ser cobertas pelo Programa as despesas com órteses, próteses e implementos médico-hospitalares, decorrentes de cirurgias ortopédicas, neurológicas, urológicas, cardiológicas e outras, bem como os implementos e materiais odontológicos inerentes às cirurgias ortognáticas, mediante avaliação prévia do Serviço Médico do Tribunal ou Seccionais, que comprovará a imprescindibilidade da realização das referidas cirurgias, as quais estarão sujeitas à*

PODER JUDICIÁRIO  
 TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

*participação financeira do beneficiário titular, em percentual a ser definido em norma complementar. (grifou-se)*

20. Como se vê, OS BENEFÍCIOS DE IMPLEMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES SUJEITAM-SE À PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DO BENEFICIÁRIO TITULAR, conforme a norma geral, que remete o tema para regulamentação. Daí decorre a Resolução 670-028, de 22/12/2008 (cópia anexa), que altera a Resolução 670-003, de 07/04/2003 e dispõe sobre os procedimentos e critérios para a concessão do Auxílio Financeiro para Órteses, Próteses e **Implementos Médico-Odonto-Hospitalares (OPMES)** inerentes a ato cirúrgico aos beneficiários do Pro-Social. Essas normas são aplicadas ao presente caso.

21. Mencionada resolução regulamentou os arts. 14 e 23 do Regulamento Geral e **foi amplamente divulgada** pela Secretaria de Bem-Estar Social deste Tribunal no âmbito da Primeira Região, tendo sido publicado no Boletim de Serviço nº 108, de 22/6/2009. Ademais, esse regulamento, como a própria resolução, constam do *site* do Tribunal no endereço "setoriais, SECBE/Pro-Social, no *link* "legislação", tendo sido, inclusive, veiculada matéria no **Portal de Saúde nº 009, de julho/2009**, com esclarecimentos acerca do assunto e orientações quanto às rotinas para autorização da OPMES prestadas por profissional e médico responsável pelas auditorias médicas deste Tribunal, Dr. Edmur S. Bernardes.

22. Quanto aos descontos decorrentes da realização de procedimentos cirúrgicos com implantação de próteses e da participação financeira dos beneficiários, a Resolução 670-028, de 22/12/2008, reza o seguinte:

*"Art. 10. O Auxílio Financeiro abrange:*

***I – cobertura integral:***

***a) honorários médicos, odontológicos e taxas hospitalares decorrentes dos procedimentos cirúrgicos, conforme disposições do Regulamento Geral;***

*b) OPMES autorizados com valor, conjunta ou isoladamente em um mesmo procedimento, igual ou inferior a R\$ 2.000,00 (dois mil reais), excetuando-se os casos que se enquadrem no Art. 8º.*

***II – cobertura parcial:***

***a) OPMES autorizados com valor, conjunta ou isoladamente em um mesmo procedimento, superior a R\$ 2.000,00 (dois mil reais), incidindo a participação sobre o que exceder este limite, na forma do Anexo I, excetuando-se os casos que se enquadram no Art. 8º;***

*b) quando o procedimento cirúrgico que utilize OPMES for autorizado na forma de "pacote de serviços", o titular terá a participação em 30% (trinta por cento) do valor total do mesmo." (grifou-se)*

23. Referido Anexo I estabelece parâmetros de remuneração para cálculo da cobertura parcial do auxílio financeiro sobre o valor do OPMES por parte do Pro-Social:

PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

ANEXO I

COBERTURA DO AUXÍLIO SOBRE O VALOR DO OPMES

PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA COBERTURA PARCIAL					
Remuneração*	Até R\$1.873,00	De R\$ 1.873,01 a R\$ 3.457,64	De R\$ 3.457,65 a R\$ 5.828,63	De R\$ 5.828,64 a R\$ 9.588,96	Acima de R\$ 9.588,96
Percentual do Auxílio Financeiro	90%	80%	70%	60%	50%

\*Valores vinculados às faixas salariais da Tabela de Contribuição Mensal do Pro-Social.

24. O quadro acima evidencia que, quanto menor a remuneração do servidor, maior é o auxílio financeiro prestado pelo Programa e vice-versa, em sintonia com sua função social. No caso do beneficiário titular, servidor aposentado no cargo de Analista Judiciário – Área Judiciária – Execução de Mandados, de quem é dependente a autora da ação, por estar ele enquadrado na faixa acima de R\$ R\$ 9.588,00 (atualmente recebe remuneração de R\$ 18.551,88 e renda líquida de R\$ 12.393,54), deve arcar com 50% dos serviços autorizados, pois essa é a regra para todos os associados do Pro-Social. Admitir privilégios ou exceções é comprometer ou inviabilizar a manutenção ou a existência do próprio Pro-Social, que é sustentado, essencialmente, pela contribuição de seus associados.

25. Veja-se que, como forma de não desamparar que tem remuneração inferior, o Pro-Social chega a cobrir 90% do auxílio sobre o valor da OPMEs. É o caso do servidor ativo ou aposentado e beneficiário titular cuja remuneração não ultrapasse R\$ 1.873,00.

26. Assim, de acordo com as normas acima citadas, as despesas havidas pela autora em decorrência do procedimento cirúrgico, que correspondem a R\$ 65.133,08, devem ser partilhadas da seguinte forma:

- a) deduz-se do valor total R\$ 2.000,00 (Resolução 670-028, de 22/12/2008, art. 10, I, "b");
- b) o restante (R\$ R\$ 65.133,08 – R\$ 2.000,00): **R\$ 63.133,08**, dever ser dividido entre o Pro-Social e o beneficiário (associado). Ou seja, **R\$ 31.566,54** para cada um (porque o servidor tem remuneração superior a R\$ 9.588,96 – Ver quadro acima).

27. O pagamento desse valor (**R\$ 31.566,54**) pelo beneficiário titular é feito mediante desconto em folha de pagamento, em percentual máximo de 10% de sua remuneração, com descontos do PSS e Imposto de Renda, conforme art. 11 da pré-falada Resolução 670-028, de 2008, *ut infra*:

SAU/III - Quadro 2 - Plano k - Pro-Social - Tribunal Superior - Ed. Sede II do TRF 3ª Região - Rio de Janeiro - 2008

PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

*“Art. 11 A participação do beneficiário, desvinculada das demais contribuições para o Programa, será consignada em folha de pagamento, em parcelas mensais limitadas a 10% (dez por cento) da sua remuneração, descontados a contribuição para o Plano de Seguridade Social do Servidor e o Imposto de Renda.”*

28. No que concerne à jurisprudência citada, esclareça-se que o Pro-Social, em nenhum momento, negou-se a cobrir as despesas decorrentes do procedimento cirúrgico envolvendo a referida beneficiária. Apenas cobrou a devida participação financeira em função da faixa de remuneração percebida pelo beneficiário titular do qual ela é dependente.

29. Ainda que a opção do beneficiário fosse a de realizar o procedimento em hospitais não pertencentes à rede credenciada (no caso da modalidade de livre escolha), o Pro-Social asseguraria o reembolso da respectiva parcela (art. 17 do Regulamento-Geral).

30. Conclui-se, portanto, que os procedimentos seguiram regras preestabelecidas, de que tinha e tem pleno conhecimento o beneficiário titular e sua dependente, ora autora. O Pro-Social, como dito, não é e não pode ser equiparado a planos de saúde privados. Funciona como uma associação de servidores para prestação de assistência à saúde, mas de acordo com regras preestabelecidas, ditadas por um Conselho que reúne representante de servidores, magistrados e dirigentes nomeados pelo Presidente do Tribunal. O limite do auxílio é fixado em razão das possibilidades financeiras da entidade. Pagamentos superiores comprometem e inviabilizam sua existência. Os próprios beneficiários serão prejudicados, com risco de falência na prestação dos serviços, na qualidade e na eficiência desejada. As regras em vigor e os limites financeiros por elas estabelecidos são essenciais ao atendimento de 18.000 beneficiários, entre titulares e dependentes, que fazem parte desse sistema.

31. Quanto à tutela de urgência deferida, conforme se viu de consulta aos sistemas de andamento processual, o Juízo Estadual declinou da competência. Em consequência, o Juízo da 6ª Vara Federal, ao reconhecer a incompetência do Juízo Estadual, tornou sem efeito os atos decisórios antes proferidos. Mas por reconhecer, também, que a intervenção cirúrgica já havia sido feita e é objeto da petição inicial, declarou prejudicado, nessa parte, o pedido.

32. Diante dessa realidade fática e juridico-processual, tem-se por aplicável o art. 46 e seu § 3º, da Lei nº 8.112/1990. Confira-se:

***“Art. 46. As reposições e indenizações ao erário, atualizadas até 30 de junho de 1994, serão previamente comunicadas ao servidor ativo, aposentado ou ao pensionista, para pagamento, no prazo máximo de trinta dias, podendo ser parceladas, a pedido do interessado.***

*§ 1º O valor de cada parcela não poderá ser inferior ao correspondente a dez por cento da remuneração, provento ou pensão.*

PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

§ 2º *Quando o pagamento indevido houver ocorrido no mês anterior ao do processamento da folha, a reposição será feita imediatamente, em uma única parcela.*

§ 3º *Na hipótese de valores recebidos em decorrência de cumprimento a decisão liminar, a tutela antecipada ou a sentença que venha a ser revogada ou rescindida, serão eles atualizados até a data da reposição."*

33. Assim, considerando-se que as despesas havidas pelos beneficiários dependentes do Pro-Social são de responsabilidade do titular, na forma do Regulamento Geral, e que o servidor aposentado José Henrique Coelho é o beneficiário titular, tendo como sua dependente no Programa a autora, deve o servidor restituir o valor que sua dependente obteve por meio de decisão judicial absolutamente nula, situação que corresponde ao exposto no aludido art. 46 e seu § 3º, da Lei nº 8.112/1990, o que deve ser buscado em ação própria pela União, não afastado o respectivo processo administrativo para o mesmo fim.

34. Adianto a V.Sa. que informações mais detalhadas sobre o servidor e beneficiário titular José Henrique Coelho podem ser requeridas à Administração da Seção Judiciária do Maranhão.

Este Tribunal está à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

  
FELIPE DOS SANTOS JACINTO  
Diretor-Geral



**PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA FEDERAL  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE MATO GROSSO**

OFÍCIO/DIREF N. 158

Cuiabá, 10 de julho de 2002

Advocacia-Geral da União
PU/MT
00465.000990/2002-99
12/7/2002 15:38



**Senhor Procurador,**

Tendo em vista que cabe à Advocacia da União a propositura da competente ação anulatória de decisão judicial estadual, matéria de que trata o Processo Administrativo 2002/00517-TRF, remeto os presentes autos a Vossa Excelência para os encaminhamentos requeridos.

Com o intuito de subsidiar a análise do processo, encaminho, também, a documentação referente à estrutura, funcionamento e financiamento do Pró-Social, criado e mantido pelo Tribunal Regional Federal da 1ª Região.

Nesta oportunidade, renovo os meus protestos de elevado apreço e distinta consideração.

**JEFERSON SCHNEIDER**  
Juiz Federal Diretor do Foro  
em exercício

Exmo. Sr.  
**Dr. MAURIDES CELSO LEITE**  
DD. Procurador-Chefe da União em Mato Grosso  
Advocacia-Geral da União  
Nesta

020-08-006-



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO  
PROCURADORIA DA UNIÃO NO ESTADO DE MATO GROSSO

OF.GAB/PU/MT/Nº 433/2.003

Cuiabá, 14 de maio de 2.003.



*Ao Juv. Saneamento  
Café Alves -  
E 16/07/03*

Senhor Presidente,

Tendo em vista o envio a esta Procuradoria da União, do Processo Administrativo nº 517/2002, onde figura como Interessada: NILA SUELI PRADO DE BARROS e cujo objeto é a inclusão de dependente menor no plano assistencial Pró-Social, solicito de Vossa Excelência a gentileza de informar ainda, quais despesas foram efetuadas com GISLAINE DE JESUS FERREIRA, incluída, por autorização judicial, no programa acima referido, remetendo, se possível, uma planilha dos valores pagos pelo Pró-Social nos tratamentos (gestação e parto) utilizados pela adolescente incluída no plano, a fim de instruir a ação anulatória de ato judicial a ser proposta.

*Cláudia  
04/07/03  
14.42hs*

Atenciosamente,

**CLAUDIO CESAR FIM**  
Procurador-Chefe da União em Mato Grosso

*39145225*

À SECBE para providências.  
Em 10/05/03

*Alcides Cruz da Silva*  
Diretor-Geral

À Sua Excelência o Senhor  
**Dr. TOURINHO NETO**  
Juiz Presidente do Conselho Deliberativo do Pró-Social do  
Tribunal Regional Federal 1ª Região  
SAS - Praça dos Tribunais Superiores - Bloco "K" - Qda. 02  
CEP. 70.070-900

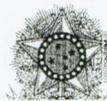
PATMG:  
Rua 06 - Quadra 15 - Centro Político Administrativo - CEP: 78.050-970 - Cuiabá/MT  
Fone (65) 644-1877 - FAX (65) 644-2582

*Debi em 20/07/03  
Assinar  
2003*

DIRETORIA-GERAL

Recebido por: Cláudia  
Em 19/05/03 às 12:47 hs

RECEBIDO POR: LV1  
EM 19 05 03 ÀS 17:20 HORAS



PODER JUDICIÁRIO  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO  
5ª VARA

SENTENÇA Nº : 420/2005  
PROCESSO Nº : 2003.36.00.012301-0  
CLASSE 1900 : OUTRAS  
AUTOR : UNIÃO FEDERAL  
RÉ : NILA SUELI PRADO DE BARROS

Trata-se de ação ordinária, com pedido de antecipação dos efeitos da tutela visando *in limine*, suspender a inclusão de GISLAINE DE JESUS FERREIRA e JOÃO GABRIEL FERREIRA PRADO DE BARROS no Programa de Assistência aos Servidores do Tribunal Regional Federal da Primeira Região, PRO-SOCIAL e, ao final, a anulação do ato judicial consistente no Alvará expedido pela MM. Juíza do Juizado Especial Estadual (fl. 34), bem como a condenação da Requerida ao ressarcimento, aos cofres públicos, do total de R\$ 6.389,77 (seis mil, trezentos e oitenta e nove reais e setenta e sete centavos) referentes às despesas irregularmente originadas pela referida Autorização.

Aduz a Autora, em síntese que:

I – A Ré, servidora da Justiça Federal, protocolou em seu nome pedido de Alvará Judicial, no Juizado Especial Estadual, em favor de Gislaine de Jesus Ferreira, que engravidara de seu filho, com o objetivo de incluí-la como dependente no já mencionado PRO-SOCIAL.

II - Após a oitiva do MPE, a MM. Juíza titular do referido Juizado concedeu o Alvará de Autorização. Em 1º/02/2002 houve a inclusão de João Gabriel Ferreira Prado de Barros, recém-nascido de Gislaine de Jesus Ferreira, PRO-SOCIAL;

III – O Alvará expedido padece de nulidade inexpurgável, por conta da incompetência absoluta do Juízo Estadual, já que o programa PRO-SOCIAL é subsidiado.

PODER JUDICIÁRIO

SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO

2

em parte, pelos cofres da União.

IV – A inclusão é indevida, uma vez que a beneficiária não é dependente da ré, o que encontra expressa vedação no Regulamento Geral do PRO-SOCIAL.

Com a inicial, vieram os documentos de fls. 22/92.

Deferi o pedido de antecipação da tutela de acordo com a decisão de fls. 95/7, à qual foi interposto Recurso de Agravo de Instrumento (fls. 103/124).

A Ré apresentou Contestação às fls. 125/148, quando arguiu a incompetência deste Juízo e rebateu as questões atinentes ao mérito.

Juntou os documentos de fls. 149/161.

Indeferido o efeito suspensivo ao Agravo (fls. 163).

Impugnação às fls. 165/171.

Intimadas as partes a produção de provas (fl. 174), a Ré requereu a oitiva de testemunhas (fl. 178), o que foi indeferido (fl. 183).

Na ocasião foram juntados documentos pela ré às fls. 180/2 e 186/9.

Agravo Retido interposto pela Ré às fls. 200/7 (numeração errada).

Contra-Razões ao Agravo Retido às fls. 211/3 (idem).

#### É O RELATÓRIO.

#### PASSO A DECIDIR.

Resolvo, primeiramente, a suscitação concernente à suposta incompetência.

O ressarcimento tratado na espécie tem causa em irregular inclusão de beneficiário do PRO-SOCIAL, programa de assistência aos servidores do Tribunal Regional Federal da Primeira Região.

Consoante se vê de fl. 61, o Regulamento Geral do programa, ao tratar das *FONTES DE RECEITA DO PRO-SOCIAL*, em seu artigo 55, inciso I, prevê a participação da União que, mediante recursos consignados em seu Orçamento Geral, contribui para o programa.



PODER JUDICIÁRIO

SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO

3

Amolda-se o caso, por conseguinte, à previsão contida no inciso I do artigo 109 da Norma Fundamental.

Noutra esteira, o artigo 486 do Código de Processo Civil estipula que:

*"Os atos judiciais, que não dependem de sentença, ou em que esta for meramente homologatória, podem ser rescindidos, como os atos jurídicos em geral, no termos da lei civil."*

É o que se tem neste feito, em que o ato sob ataque consiste em mera autorização concedida em sede de jurisdição voluntária.

Não fosse isso, sendo a competência da Justiça Federal fixada em sede constitucional, não pode o Juízo Estadual decidir a respeito.

Essa a inteligência que exsurge da Súmula 150, do e. Superior Tribunal de Justiça, *in verbis*:

*"Compete à Justiça Federal decidir sobre a existência de interesse jurídico que justifique a presença, no processo, da União, suas autarquias ou empresas públicas."*

Aliás, conforme já declinei ao decidir acerca da tutela antecipada:

**"PROCESSO CIVIL - COMPETENCIA - AÇÃO CONTRA A CEF - INCOMPETENCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL .**  
**1. PRESENTE, NO POLO PASSIVO, EMPRESA PUBLICA FEDERAL - CEF, E COMPETENTE A JUSTIÇA FEDERAL.**  
**2. NULIDADE DA SENTENÇA E DOS ATOS DECISORIOS PROLATADOS POR JUIZ ESTADUAL.**  
**3. APELO PROVIDO. SENTENÇA ANULADA."**  
 (AC 91.01.13596-1/MG, Rel. JUÍZA ELIANA CALMON, QUARTA TURMA do TRF 1ª Região, DJ de 05/12/1991 P.31097).

**"PROCESSUAL CIVIL. MANDADO DE SEGURANÇA CONTRA AUTORIDADE FEDERAL SITUADA EM COMARCA DO INTERIOR DO ESTADO. SUMULA N. 216/TFR. COMPETENCIA DA JUSTIÇA FEDERAL**  
**I . TRATANDO-SE DE MANDADO DE SEGURANÇA IMPETRADO CONTRA ATO DE AGENTE DA PREVIDENCIA SOCIAL, AINDA QUE LOCALIZADO EM COMARCA DO INTERIOR DO ESTADO, COMPETE A JUSTIÇA FEDERAL O PROCESSAMENTO E JULGAMENTO DO FEITO.**  
**II. SENTENÇA E DEMAIS ATOS DECISORIOS PRATICADOS PELO JUIZO CIVEL DA COMARCA DE BARBACENA, MG, QUE SE TEM COMO NULOS, POR INCOMPETENCIA ABSOLUTA, EX-VI DO ART. 113,**



PODER JUDICIÁRIO  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO

4

**PARAG. 2 DO CPC."**

(AMS 89.01.20557-2/MG, Rel. JUIZ ALDIR PASSARINHO JUNIOR,  
PRIMEIRA TURMA do TRF 1ª Região, DJ de 16/10/1989).

Além do exposto, é de ser consignado que, mesmo que assim não fosse, a Lei nº 9.099/95 ao estabelecer as suas competências no seu art. 3º, incisos I a IV não contempla nenhuma hipótese de autorizar a decidir sobre matéria que envolva interesse da União.

De ser destacado, por fim, que o art. 8º da Lei dos Juizados Especiais Estaduais estabelece, dentre outras, que não poderão ser partes as pessoas jurídicas de direito público.

Portanto, nem mesmo uma pávida dúvida persiste acerca da competência deste Juízo para processar e julgar esta lide.

No mérito, a autora está com a razão.

A considerar que a querreada inclusão deu-se por autorização de juízo incompetente, tem-se, por consequência, que ela é irregular, já que oriunda de ato nulo.

Com o quanto já explanei ao tratar da competência, essa assertiva já se afigura suficiente para reconhecer a legitimidade dos reclamos da autora.

Não obstante, faço consignar também que a beneficiária GISLAINE DE JESUS FERREIRA, por força do exaustivo elenco do artigo 4º do Regulamento Geral do cotejado Programa (fls. 49/51), ante a ausência de vínculo que justifique, à evidência, não figura como dependente da servidora ré.

Dessarte, certo é que as despesas relativas a essa pessoa, fls. 85/92, devem ser ressarcidas nos moldes pleiteados na peça inaugural.

No que se refere ao seu neto, JOÃO GABRIEL FERREIRA PRADO DE BARROS, ocorre o mesmo, já que a relação de dependência não se dá sem a necessária formalidade, mormente na modalidade *per saltum*, já que se trata de terceira pessoa, filha de dependente da ré, ainda que teoricamente, sendo indevida essa concessão extensiva, justamente por absoluta falta de amparo do regramento da relação do Programa com seus destinatários.

O inciso VII do comentado Regulamento prevê tal possibilidade, ressalvando, porém, a necessidade de que o beneficiário esteja sob guarda ou tutela do servidor por determinação judicial.

Ora, essa providência somente veio ao mundo jurídico em 12 de fevereiro de 2004, conforme ressei do Alvará de Autorização de fl. 182.

*hcc*

PODER JUDICIÁRIO SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO	5
---	---

No âmbito desta Seccional, a inclusão deu-se por ordem do então eminente Juiz Federal Diretor do Foro, que assim o determinou (fl. 23), em 11.1.2002, o que foi cumprido na mesma data (fl. 24).

Assim, todas as despesas realizadas desde a inclusão até a concessão da guarda provisória do menor, devem ser ressarcidas ao Programa. Vale ressaltar, todas aquelas reclamadas pela autora, já que levadas a efeito durante o referendado período.

Impõe-se registrar, ainda, que o ressarcimento das despesas realizadas até o parto são mais evidentemente, já que o neto da servidora, vínculo pretensamente justificador da inclusão, sequer existia como pessoa natural nos termos da Lei Substantiva, não podendo, por isso, ser sujeito passivo do cotejado direito.

Quanto à invocada nulidade do processo administrativo da AGU, a apreciação da *quaestio* na presente via torna prejudicada a questão.

Portanto, **JULGO PROCEDENTE** o pedido, para anular o ato judicial que concedeu o direito à inclusão de GISLANE DE JESUS FERREIRA e JOÃO GABRIEL FERREIRA PRADO DE BARROS no PRO-SOCIAL, bem assim a inclusão materializada, e condenar a ré ao pagamento da quantia veiculada na exordial, devidamente corrigida pelo INPC e com juros de 0,5% ao mês, desde a data de cada evento danoso.

Custas pela ré, que também pagará honorários de advogado, que fixo em 10% sobre o valor da causa, devidamente atualizado.

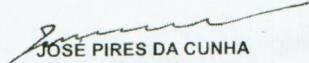
Retifique-se a numeração a partir fl. 200.

Oficie-se a doto Juiz Federal Diretor do Foro para que seja encaminhado a este Juízo os autos do processo administrativo correlato ao episódio versado nestes autos, para que este juiz aquilate da necessidade de providências a serem adotadas com ressonância nas demais esferas.

Transitada em julgado, arquivem-se.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Cuiabá, 29 de abril de 2005.

  
**JOSÉ PIRES DA CUNHA**  
Juiz Federal

p/ordina/administrativo

**Seção Judiciária do Maranhão**  
Consulta Processual



<b>Processo:</b>	2010.37.00.001996-0
<b>Nova Numeração:</b>	8857-76.2010.4.01.3700
<b>Classe:</b>	1900 - AÇÃO ORDINÁRIA / OUTRAS
<b>Vara:</b>	6ª VARA FEDERAL
<b>Data de Autuação:</b>	10/03/2010
<b>Observação:</b>	
<b>Dependente ao:</b>	2009.37.00.009128-1

**Ato Exarado**

**Data:** 06/10/2010

Inicialmente, acolho o pedido de emenda à petição inicial quanto ao pólo passivo (fls. 110/111). Considerando a declaração de incompetência do Juízo Estadual para o processamento da demanda, torno sem efeito os atos decisórios proferidos naquela sede (art. 113, § 2º, do CPC). Por outro lado, tendo em vista a notícia de realização da intervenção cirúrgica que constitui o objeto da pretensão formulada pela Autora por força de determinação judicial (fl. 86), claramente prejudicada a apreciação do pedido urgente. Retifique-se a autuação, substituindo-se, no pólo passivo da demanda, o Programa de Assistência aos Magistrados e Servidores do TRF da 1ª Região pela União.



Emitido pelo site [www.trf1.gov.br](http://www.trf1.gov.br) em 21/12/2010 às 15:57:26

**ANEXO V**  
**PONTOS IMPORTANTES A SEREM ANALISADOS PARA O**  
**PROJETO DE AUTOGESTÃO**

Na primeira reunião, foram divididas tarefas pré-estabelecidas, que foram sugeridas por André Liberato, Chefe da SAPS, algumas diretrizes a serem seguidas, como consta nos subitens a seguir. Constam ainda neste item diversas manifestações da SAPS, baseadas na sua experiência no acompanhamento e fiscalização de contratos com operadoras privadas de planos de Saúde.

## **A - PONTOS IMPORTANTES A SEREM ANALISADOS PARA O PROJETO DE AUTOGESTÃO:**

### Pontos Principais:

- Prevenção a doenças;
- Coparticipação e:
- Escolha da rede credenciada (médicos qualificados que identifiquem rapidamente o problema do beneficiário e o solucionem).

### **1º Rede no interior do Estado**

### Problemas:

- A rede no interior do Estado é de difícil credenciamento para qualquer plano de Saúde, pois há a Unimed que possui a hegemonia sobre a rede credenciada no interior e cria empecilhos para outros planos construírem a sua própria rede;
- A auditoria e a fiscalização no interior são difíceis e de alto custo.

### Sugestões:

- *Fazer uma seleção rigorosa para cadastramento no interior (escolher sempre os melhores médicos e clínicas idôneas).*
- *Não sendo possível um bom credenciamento, pode-se substituir o credenciamento direto por um contrato com a Unimed, a quem pagaremos por toda utilização de beneficiário do TRT o valor do custo de utilização mais 10% (negociar o percentual), o chamado custo operacional. O lucro da operadora seria certo, e o risco do negócio para a Unimed, zero. Assim, quanto mais beneficiários utilizarem esse sistema melhor seria para a Unimed e pior para o TRT. A utilização desse sistema deveria ser restrita e pontual, somente nas localidades onde o custo x benefício justificasse o convênio. Todos que utilizassem esse serviço estariam sujeitos a confirmação pela administração da autogestão – controle. Verificar com o Pro-Social, como foi feito o convênio com a Unimed, pois o TCU vetou ao TST realizar o convênio com a CASSI.*

Obs: O Pró-social é o programa da Justiça Federal que contém o plano de autogestão.

## **2º Rede na Capital**

### Problemas:

- Uma rede de credenciados ampla causa impacto direto no aumento da sinistralidade.

### Sugestões:

- *A rede não deve ser grande, pois há vários fatores que influenciam o aumento da sinistralidade, com a extrema facilidade para o usuário, que pode utilizar o plano de forma não racional, além do custo para fiscalização, entre outras coisas. O fato é que há uma relação direta entre custo e tamanho da rede credenciada. Assim, quanto maior a rede maior a sinistralidade:*
- *A seleção dos credenciados deve passar por um critério rigoroso em que se identifiquem os médicos com alto grau de resolatividade (relação custo X benefício), tendo necessariamente que ser bons profissionais e éticos. O médico qualificado identifica o problema de imediato e o trata, poupando procedimentos e exames desnecessários. Há muitos exemplos de médicos que poderiam solicitar um raio -x ou uma tomografia e pedem ressonância magnética, tentando passar para a tecnologia a responsabilidade de um diagnóstico preciso. É melhor uma rede relativamente pequena, mas de qualidade, do que uma rede grande construída sem muito critério e:.*
- *A rede hospitalar - há poucos hospitais com vagas de emergências para a demanda existente. Os hospitais que oneram planos de Saúde são o Aliança (protocolo americano) e o Português, por causa de seu protocolo de procedimentos ou tabelas altas.*

### **3º Cobertura odontológica**

#### Problema:

- o custo do plano aumentaria.

Sugestões:

- *O plano de Saúde deveria abarcar, também, a cobertura odontológica que possui um custo relativamente baixo e previsível, pois não há internações indeterminadas e UTI;*
- *A escolha da rede credenciada deveria ser seleta (bons odontólogos ) e pequena, pois quanto maior a rede credenciada maior a sinistralidade.;*
- *Poder-se-ia inicialmente oferecer somente a profilaxia, como limpeza, e pequenas restaurações, o que já é oferecido neste TRT, mas que com o aumento de servidores o Serviço de não comportará;*
- *Com a consolidação da autogestão, aumentar-se-iam os procedimentos cobertos e,;*
- *A coparticipação nos procedimentos inicialmente poderia ser alta, funcionando mais como um auxílio do que uma cobertura propriamente dita.*

<b>4º O aporte inicial financeiro</b>
---------------------------------------

Problema:

- Pouca Verba da União – Auxílio Médico Hospitalar.

Sugestões:

- *Toda a verba iria para a Autogestão. Os beneficiários com plano externo não mais teriam o direito ao auxílio. Far-se-ia, o redirecionamento da verba da União. O TCU decidiu que é um ato discricionário do Tribunal, conforme interpretação do art.230 da Lei 8.112/90;*

- *Poderia haver taxa de adesão: uma mensalidade, como faz a SulAmérica;*
- *Poderia haver coparticipação regressiva, ou seja, à medida que o plano fosse se consolidando iria diminuindo o percentual de coparticipação e;*
- *Os beneficiários que entrassem depois, e por não terem participado da coparticipação, pagariam um percentual da mensalidade, assim que completasse um ano, além da taxa de adesão, caso se adote a taxa de adesão.*

#### **5º Potencial de usuários para aderirem ao plano**

##### Problema:

- Dificuldade de atrair o potencial de beneficiário para uma nova empreitada. O potencial são mais de 10.116 usuários, conforme edital de licitação PROCESSO N.º 9.53.07.0106-35, fl.29. de janeiro de 2008. Atualmente na Promédica há 3.197 beneficiários. Embora haja esse potencial indicativo, acreditamos que, com um bom trabalho, poderíamos ter, no máximo, entre 5.500 a 7.000 beneficiários efetivados no plano, à médio prazo. A base para essa informação é o dado histórico do plano da IH-Saúde, em que existiam 5.560 beneficiários na ocasião em que esta operadora prestava, com exclusividade, os serviços, que foi até abril de 2008. Além disso, nesses dois anos, criaram-se mais de 400 cargos para este TRT.

##### Sugestões:

- *Mostrar os benefícios de uma auto gestão (trabalhar o marketing);*
- *O custo inicial relativamente alto reduziria a médio prazo e;*
- *Quem entrar depois, teria que pagar uma tarifa assim que completar um ano.*

## **6º Sinistralidade**

### Problema:

- O TRT possui um histórico de sinistralidade de 90%, considerado altíssimo para as operadoras de Saúde.

### Sugestões:

- *Fazer um planejamento para acompanhamento de doenças crônicas.*
- *Fazer um planejamento para trabalhar a prevenção de doenças, tais como, diabetes, alta tensão, obesidade mórbida, câncer de próstata e mama.*
- *Incentivar aos beneficiários a fazer os exames anuais indicados pelos médicos.*
- *Fazer convênios com academias de ginástica e Pilates, tendo direito ao desconto quem frequentar uma quantidade mínima de dias no mês.*
- *Buscar angariar maior quantidade de beneficiários possível, isso faz com que se dilua a possível alta sinistralidade.*

## 7º Dependentes

### Problema:

- Beneficiários idosos aumentam a sinistralidade do plano .

### Sugestões:

- *Os genitores que já estão no plano deste TRT permanecem, mas terão que pagar coparticipação maior do que a dos outros beneficiários.*
- *Restringir a entrada para genitores, criando barreiras nas adesões, alterando as condições de adesão ao plano.*

## 8º Fiscalização da coparticipação

### Problema:

- As cobranças de coparticipação podem gerar contestação de usuários quanto aos valores cobrados.

### Sugestões:

- *O TRT disponibilizaria, mediante a intranet, o histórico de utilização individualmente para todos os beneficiários, que o acessariam com suas senhas.*
- *Todos os servidores que fiscalizassem e marcassem a confirmação dos procedimentos poderiam obter um desconto sobre a coparticipação, pois estariam ajudando a fiscalizar o plano. Aqui a intenção é criar a cultura de fiscalização e comprometimento com o plano, que serão a base para a consolidação da Autogestão.*

### **Diretrizes iniciais do estudo.**

#### **Dotação orçamentária benefício auxílio médico hospitalar**

- Direcionar todo o valor para o pagamento das faturas da autogestão. Ninguém mais recebe o referido auxílio;
- O valor do auxílio terá uma natureza de investimento e não mais de despesa, pois se construirá um patrimônio para beneficiar a todos e:
- O princípio da solidariedade deve fundamentar o redirecionamento do auxílio.

#### **Co participativo**

- O plano será co-participativo. Resta definir os percentuais e quais os procedimentos.

#### **Formação do preço**

- Na formação do preço, serão consideradas a idade do beneficiário e a remuneração do Magistrado, servidor e pensionista.

#### **Benefícios Progressivos.**

- Que os benefícios sejam progressivos, à medida que se aumentem os recursos financeiros e que se consolide o programa, pois há benefícios que independem de dinheiro, como abrir a rede para o uso de agregados, pagando estes diretamente ao prestador sem nenhum custo para a autogestão;

- Auxílio-funeral para falecimento de dependentes do plano e:
- Convênios com rede de farmácia para obter descontos.

#### Rede credenciada

- Inicialmente possuir uma rede que seja reduzida, mas de qualidade. Ênfase na excelência dos serviços credenciados;
- Possuir uma rede no interior que atenda à demanda dos servidores, mediante convênio;
- Buscar mecanismo para propiciar uma rede nacional, mediante convênio e:
- Verificar a possibilidade de convênio com a UNIMED.

#### Software do Programa gerencial

- Buscar um programa de grande aceitação no mercado, tendo em vista a dificuldade da Secretaria de Informática de desenvolver um programa desta envergadura e dinâmico.

#### Aquisição do programa pesquisado Benner por R\$1.400.000,00

- Solicitar crédito suplementar para 2011, ou requerer aumento orçamentário para 2012 para a compra do programa.

#### Criação da autogestão

- Será criado como órgão público, a exemplo dos demais órgãos, como STF, STJ, TST e outros.

#### Criação da administração da autogestão.

- Deverão ser criadas funções (FCs e CJs) para a autogestão e lotados, em média, 12 servidores, mais os médicos auditores e estagiários. Afinal, é uma “empresa” que está sendo estruturada.

#### Cobertura médico hospitalar.

- Deverá cobrir todos os procedimentos , salvo as exceções a serem discriminadas, o Serviço Médico deverá indicar o que ficará sem cobertura inicialmente. (A cobertura será definida tendo como base o estudo atuarial)

#### Odontológico.

- Serão oferecidos, inicialmente, somente alguns procedimentos básicos e posteriormente, a depender da disponibilidade financeira, a cobertura será ampliada.

#### Trabalho com prevenção de doenças e com doentes crônicos.

- Iniciados os trabalhos com apoio da empresa contratada. Desenvolver o cadastro com o perfil de Saúde do servidor. Trabalhar para alterar o histórico de sinistralidade do grupo do TRT da 5ª Região.

#### Pesquisa em outros regionais – Visão gerencial da autogestão

- Realizadas as pesquisas de funcionamento de autogestão em outros órgãos públicos, resta compreender melhor as suas estruturas de funcionamento para criação aprimorada da nossa.

Manter contato com a Unidas e outras autogestões para aperfeiçoar a visão gerencial de autogestão.

#### Controle financeiro

- Estabelecer metas financeiras e criar reservas financeiras, assim como mecanismos que possibilitem o aumento semestral das mensalidades e coparticipação quando houver desequilíbrio financeiro.

#### Implantação da autogestão.

- Tendo em vista a falta de orçamento para compra do programa Benner, a demanda de servidores para trabalhar na estrutura organizacional da autogestão e o prazo exíguo, até maio de 2011, para implantar (haja vista que o contrato da Promédica poderá ser prorrogado a partir de 01.05.2011 e esta prorrogação seria válida por um ano), a viabilidade da criação da autogestão seria para 01.05.2012
- Envidar esforços para que, junto ao Congresso Nacional, obtenha-se o recurso necessário para a compra do programa.

#### Estudo Atuarial

- O estudo atuarial deverá ser realizado em momento oportuno, ou seja, alguns meses antes de ser implantado o plano, pois ele definirá a mensalidade e deverá, conseqüentemente, estar mais próximo da realidade, na ocasião na efetivação da criação da autogestão. Além disso, o estudo será o determinante para a definição final da cobertura inicialmente oferecida pelo plano.

**ANEXO VI**  
**PORTARIA DE CONSTITUIÇÃO DO GRUPO DE ESTUDOS**  
**MULTISETORIAL**

**PORTARIA TRT5 1107/2010**  
**(republicada com alterações)**

Institui o Grupo de estudos para implantação de Plano de Autogestão em Saúde no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região.

A PRESIDENTE DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA QUINTA REGIÃO, DESEMBARGADORA FEDERAL DO TRABALHO ANA LÚCIA BEZERRA SILVA, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO a necessidade de retomar os trabalhos desenvolvidos nos autos do processo 09.53.07.0106-35 visando à construção de um modelo de plano de saúde para servidores e magistrados, ativos e inativos, do TRT da 5ª Região;

CONSIDERANDO a necessidade de desenvolver políticas de atenção à saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas para atendimento aos objetivos estratégicos do Tribunal;

CONSIDERANDO que contratos com operadoras de plano de saúde, não raro, provocam aborrecimentos ao impor preços desproporcionais à qualidade dos serviços oferecidos;

CONSIDERANDO a necessidade de implantação de gestão própria de saúde que tenha compromisso com a qualidade de vida dos seus beneficiários;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir Grupo Multissetorial para iniciar estudos visando à implantação do Plano de Autogestão em Saúde no âmbito do TRT da 5ª Região.

Art. 2º O Grupo Multissetorial será assim constituído:

- I. Exma. Desembargadora NÉLIA DE OLIVEIRA NEVES;
- II. Exma. Juíza ALICE MARIA SANTOS BRAGA;
- III. SUZANA DA SILVA PEREIRA, Diretora da Secretaria Geral do Tribunal Pleno e Órgão Especial;
- IV. ZACARIAS VITORINO DE OLIVEIRA FILHO, Assessor-Chefe da Presidência.
- V. VERA LÚCIA ROCHA, Diretora do Serviço de Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas;
- VI. HILDÉRICO TRIGUEIROS CALDAS, Diretor do Serviço de Saúde;
- VII. ANDRÉ LIBERATO DE MATOS REIS, Chefe da Seção de Apoio a Planos de Saúde;
- VIII. IARA INÊS CHAIMSON, representante do Comitê de Saúde;
- IX. KARINA MUNIZ MACHADO, Chefe do Departamento de Licitações e Auditoria;
- X. MAURÍCIO BAPTISTA, Diretor Adjunto da Secretaria de Orçamento e Finanças;
- XI. RITA DE CÁSSIA DIAS DE SOUZA, Chefe da Enfermagem;

XII. ROGÉRIO FAGUNDES, representante do Sindicato dos Trabalhadores do Poder Judiciário Federal na Bahia – SINDJUFE – BA.

XIII. CLAUDIA FREIRE ALVES CERQUEIRA, Diretora da Secretaria de Assessoramento Jurídico;

XIV. ELISA MARIA SANGIOVANNI LIMA, Coordenadora da UNITRT5.

Art. 3º O Grupo Multissetorial será presidido pela Desembargadora Nélia de Oliveira Neves.

Parágrafo único – Na ausência da presidente, as reuniões serão dirigidas pela Juíza do Trabalho Alice Maria Santos Braga.

Art. 4º O Grupo Multissetorial deverá apresentar projeto de implantação de plano de assistência à saúde na modalidade autogestão patrocinada para servidores e magistrados do Tribunal, no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Parágrafo Único – O projeto resultante deverá estar alinhado com os objetivos estratégicos do Tribunal e com as ações desenvolvidas pela UNITRT5.

Art. 5º O Grupo se reunirá por convocação da Presidente ou por solicitação da maioria de seus membros, em dia, horário e local previamente designado.

Art. 6º Os casos omissos serão apreciados e decididos pela Presidência do Tribunal.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Salvador, 16 de agosto de 2010.

ANA LÚCIA BEZERRA SILVA

Desembargadora Presidente

**ANEXO VII**  
**RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ESTUDOS PARA**  
**REDEFINIÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DO TRT DA 5ª**  
**REGIÃO, REALIZADO EM 2007**



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

16  
08

## Comissão de Estudos para Redefinição do Plano de Saúde do TRT da 5ª Região

### RELATÓRIO

#### 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório aborda aspectos sobre a assistência médica prestada aos servidores e magistrados, ativos e inativos, além dos requisitados, respectivos dependentes e pensionistas do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região, tendo em vista o término do contrato firmado com a Operadora de Planos de Saúde Interhospitais - III SAÚDE em 31/01/08.

Para tanto foi constituída comissão específica através da Portaria nº 456/2007, de 13/06/07, com seguinte composição: Desembargadora Federal do Trabalho Maria das Graças Silvano Dourado Laranjeira, presidente, Desembargador Federal do Trabalho Raymundo Carlos Figueirêa, vice-presidente, Juíza Soraya Gesteira de Azevedo Lima Marques, Juíza Maria de Fátima Borges Stern, Tarcísio José Filgueiras dos Reis, Fernando Luiz de Oliveira Borges Júnior, Rogério Fagundes de Assis, Juiz Gilmar Carneiro de Oliveira (suplente), Desembargador Federal do Trabalho José Joaquim de Almeida Neto (suplente), Maria das Graças Lima Brandão (suplente) Nairan Lúcia Carvalho Amorim (suplente).

Foram considerados e aproveitados em absoluto a análise e considerações formuladas no Relatório elaborado por comissão constituída através do ATO: GDGCAS GP nº 257, de 24/05/2007 do Tribunal Superior do Trabalho. Nesse particular, a referida comissão concluiu pela:

- a) contratação de uma empresa para efetuar os estudos técnicos especializados, especialmente o enfoque atuarial das condições do atual programa de assistência médica complementar do TST visando subsidiar a implantação e gestão de um outro programa;
- b) autorização para implantação do sistema de autogestão, mediante convênio, dada a inexistência de pessoal com experiência para gerir as contratações diretas, além de não haver espaço, nos prédios do



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

Tribunal, para instalação de uma equipe em número condizente com a administração do Programa sob essa modalidade, considerando as perspectivas de controle direto e redução das despesas.”

Ultrapassados esses aspectos preliminares que nortearam os trabalhos da comissão, verificou-se a existência das alternativas factíveis, nem todas adequadas para a Administração, neste momento, o que ensejou a necessidade de se convidar todos os possíveis interessados, inclusive para apresentarem seus produtos e peculiaridades: UNIMED, CASSI, BRADESCO SAÚDE, SULAMÉRICA, ASSEFAZ, PRO-SOCIAL, ANAJUSTRA, IH SAÚDE, AUTOGESTÃO COMPARTILHADA e AUTOGESTÃO.

Compareceram ao chamado e apresentaram interesse: UNIMED, ANAJUSTRA, ASSEFAZ, IH e CASSI.

Compareceu e não apresentou interesse: SUL AMÉRICA.

Não compareceu: BRADESCO SAÚDE.

Outro aspecto antevisto e encampado por todos refere-se à necessidade de instituição de co-participação do usuário em qualquer hipótese, como forma de impelir a utilização racional e responsável que determina a sinistralidade.

Peio Sr. Rogério Fagundes foi registrado que essa é uma posição pessoal enquanto integrante da comissão, e não da categoria que representa.

## 2. AUTOGESTÃO

Em que pese a demonstração de todos os envolvidos quanto ao desejo na formação de uma autogestão direta, alguns fatores foram considerados determinantes para inviabilizá-la no momento, a saber:

- a) Insuficiência da disponibilidade orçamentária anual do TRT da 5ª Região, esta da ordem de R\$ 3.759.936,00 (exercício 2007) e R\$ R\$5.910.912,00 (exercício de 2008 sujeito a contingenciamento).
- b) Quantidade de beneficiários do atual plano de saúde no TRT da 5ª Região, da ordem de 5.560.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

18  
P

- c) Tempo para formação de reserva técnica ou fundo.
- d) Necessidade de estrutura física e de recursos humanos compatíveis para o público correlato.
- e) Contratação de empresa especializada para elaborar estudo atuarial.
- f) Constituição de uma pessoa jurídica, ou seja, CNPJ para gerir o fundo.

Estes pontos foram analisados tomando-se como parâmetro os números da Justiça Federal, que atualmente adota a autogestão plena. Verificou-se que a realidade deste TRT é inversamente proporcional aos números referenciados, os quais viabilizariam, ainda que precariamente, a segurança da alternativa.

Vale dizer, em termos orçamentários a JF conta com um expressivo valor de R\$4.560.000,00 para um público de 1.800 vidas, enquanto este TRT o valor de R\$ 3.759.936,00 para um público de 5.560. Seguindo a lógica, a expectativa de estrutura para funcionamento neste órgão seria de aproximadamente 25 pessoas, já que 10 atendem, com dificuldade, à Justiça Federal, segundo o palestrante.

Levaram-se em consideração, ainda, as informações prestadas pelo representante da autogestão da JF, no que se refere ao tempo para uma implantação segura, que seria da ordem de um ano e meio para a sua realidade, bastante diferente da nossa.

Também foi destacada a necessidade de expertise para o funcionamento do setor, que deve ser precedido de estudo atuarial, e salientada a importância da reserva técnica que, não raras vezes, corresponde à única forma de suportar as despesas.

Durante a exposição da representante da ASSEFAZ, foi dito que, para a formação de uma autogestão, seria conveniente uma reserva técnica da ordem de 03 vezes o valor da atual fatura mensal, ou seja, aproximadamente R\$ 4.000.000,00.

Alternativa vista como ideal, mas que merece atenção especial no que se refere à necessidade de implantação diferida a longo prazo (quatro ou cinco anos), a partir da conclusão dos trabalhos atuariais e início da formação de reserva técnica.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

19

Na esteira do modelo utilizado pela Justiça Federal, através do Pro-Social, foi apresentada também a ABAS (Associação Beneficente de Assistência à Saúde) do TRT da 15ª Região, que funciona em paralelo com o plano da Anajustra.

A ABAS atende aos magistrados, servidores, procuradores e dependentes, limitado o ingresso à idade de 50 anos e mantém convênio com a Unimed, a qual é remunerada com 13% de taxa administrativa sobre o valor de sua tabela, em qualquer procedimento utilizado.

Foi registrado pelo Sr. Rogério Fagundes a necessidade de se aprofundar o estudo sobre a autogestão em outros Regionais, a exemplo dos TRTs da 3ª e 10ª Regiões.

### 3. AUTOGESTÃO COMPARTILHADA

Modelo instituído pelo Tribunal Superior do Trabalho através de convênio com a CASSI. Na prática, funciona como ajuste de reciprocidade, em que uma parte utiliza a rede credenciada da outra.

Teoricamente viável.

No particular, alguns fatores foram considerados determinantes para inviabilizá-la no momento, a saber:

- a) Insuficiência da disponibilidade orçamentária anual do TRT da 5ª Região, esta da ordem de R\$ 3.759.936,00 (exercício 2007) e R\$ 5.910.912,00 (exercício de 2008 sujeito a contingenciamento).
- b) Quantidade de beneficiários do atual plano de saúde no TRT da 5ª Região, da ordem de 5.560.
- c) Tempo para formação de reserva técnica ou fundo.
- d) Necessidade de estrutura física e de recursos humanos compatíveis para o público correlato.
- e) Contratação de empresa especializada para elaborar estudo atuarial.

Todos os referidos pontos, como se percebe, são idênticos aos que inviabilizam a autogestão plena, porém em menor escala. Dessa forma, deduz-se que em médio prazo seria possível a implantação de uma



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

autogestão compartilhada, observados os mesmos requisitos quanto ao estudo atuarial e fundo de reserva, para um prazo de dois a três anos.

#### 4. CONTRATAÇÃO DA ASSEFAZ

Apresentadas pela representante da ASSEFAZ as possibilidades de contratação, a saber:

- a) licitação.
- b) convênio para consignação, e
- c) gestão compartilhada.

Os preços praticados atualmente pela ASSEFAZ em relação à AMATRA V informam que estão próximos dos valores praticados pelo III Saúde no contrato com TRT.

Em relação à licitação, não foi verificado qualquer óbice, pelos motivos antes referidos.

Quanto às opções "a" e "b", não há viabilidade legal, haja vista o recente posicionamento do TCU face à CASSI.

#### 5. CONTRATAÇÃO DA CASSI

Modelo instituído pelo TST, exige a criação de CNPJ, rol de credenciados para utilização recíproca e taxa de administração de 12%.

Conquanto muito bem vista a alternativa, também por estimular a conduta responsável do usuário do plano, encontra-se inviável sob o aspecto legal. Este é o entendimento do TCU, externado através do Acórdão nº 1563/2007 – Plenário, julgando o modelo de convênio firmado entre a Cassi e o TST. Há notícia de que também o convênio firmado entre a Cassi e o STF será objeto de auditoria pelo órgão fiscalizador.

Os impedimentos para a realização do convênio, em suma, consistem:

- a) na revogação do parâmetro legal elicto para o ajuste, qual seja, a Resolução CONSU nº 5/1998, tornada sem efeito pela Resolução Normativa ANS 137/2006, antes da assinatura do convênio;



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

21  
[assinatura]

- b) na equivocada interpretação dada ao art. 3º da Lei 9.656/98;
- c) na necessidade de realização de licitação para o modelo proposto.

Esse segundo ponto mereceu uma análise mais acurada na referida decisão, que acompanhou posicionamentos da equipe técnica e do Ministério Público Federal que atuam junto à Corte de Contas. Para todos, o art. 3º previa que a administração dos recursos assistenciais próprios, de credenciados, de contratados e/ou referenciados das autogestões deveria ser realizada de forma direta, não sendo permitida a terceirização, exceto através de convênios de reciprocidade com entidades congêneres, ou em regiões com dificuldade ou carência de contratação direta. (grifei)

As exceções, segundo a decisão, não se ajustam ao modelo proposto nem à realidade do TRT da 5ª Região. A um, porque "o convênio em foco somente poderia ser considerado regular se, dentre os patrocinadores da CASSI, figurasse a Corte Trabalhista, fato que não ocorre, pois aquela entidade privada é patrocinada, administrada e gerida pelos empregados do Banco do Brasil." (Trecho extraído do Acórdão 1563/2007); a dois, porque não há regiões com dificuldade ou carência de contratação direta. A título de exemplo, destacamos o levantamento feito pelo PAS deste Tribunal, onde foram indicadas algumas operadoras de plano de saúde.

Registrou o Sr. Rogério Fagundes que há dificuldade e carência de contratação no interior do Estado, a exemplo de Juazeiro.

## 6. LICITAÇÃO

Para a realização de procedimento licitatório foram verificados os pontos que normalmente importam ao certame, quais sejam:

- a) prazo para início e conclusão dos trabalhos – 4 meses.
- b) expectativa de recursos, impugnações e mandados de segurança, tendo em vista a última experiência que resultou a contratação da IH SAÚDE, após uma contratação emergencial imposta em função das dificuldades de conclusão do procedimento licitatório.
- c) resultado com êxito duvidoso, em razão das características do mercado na Bahia. Não há opções que bem atendam às expectativas e perfil do público do TRT, considerando-se servidores e magistrados.



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

82

- d) preço – análise positiva face à disputa que é insita ao procedimento licitatório.
- e) transparência e legalidade – análise positiva face às características do procedimento licitatório.

A comissão concluiu, a princípio, pela conveniência da realização da licitação, por entender ser este o caminho natural das contratações no serviço público, que deve ser marcado pela transparência e isenção inteiramente pautadas na Lei de Licitações e Contratos ( Lei 8.66/93), além de estimular a disputa pelo menor preço.

Foram observadas ainda as possibilidades resultantes do processo licitatório: a princípio, considerando-se as informações que constam das atas de reunião, imagina-se que tenham interesse em participar do certame a Unimed e a IH Saúde, como ocorreu na última contratação.

#### 7. INTERVENIÊNCIA DA ANAJUSTRA

Modelo instituído em 05 Regionais como "Pró-Saúde" (6ª/Pernambuco, 9ª/Paraná, 7ª/Ceará, 15ª/Campinas, 16ª/Maranhão) e pelo próprio TCU, neste caso intitulado PRÓ-TCU.

Trata-se também de alternativa viável, considerando-se o êxito nos referidos regionais, e funciona como uma operadora intermediária entre o Tribunal e qualquer plano de saúde indicado. Neste caso, a instituição interveniente acompanha e fiscaliza os custos e procedimentos, sendo remunerada por uma taxa de administração de 1% sobre a fatura. Os valores da fatura não são acessíveis à Anajustra, pois são repassados, após a conferência, diretamente ao plano contratado.

As vantagens detectadas foram:

- a) legalidade do modelo perante o TCU
- b) baixa taxa de administração (1%);
- c) possibilidade de escolha do plano de saúde sem licitação;
- d) possibilidade de redução dos valores dos planos, considerando-se a negociação direta, através da associação.
- e) agilidade na implantação do plano (30 dias).



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

23

Pelo Sr. Rogério Fagundes foram apontadas questões política e técnica que contrariam a opção, considerando a natureza e o objetivo social da Anajustra.

### 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi destacada a necessidade de se cumprir fielmente o prazo estipulado através da Portaria nº 436/2007, a fim de que fiquem demonstrados os esforços da Administração no sentido da busca de solução para o assunto "Plano de saúde dos servidores e magistrados". Perante o Tribunal de Contas da União e para a Auditoria anual do CSJT, a hipótese de renovação extraordinária do atual contrato com o IH Saúde, com base no art. 57, IV da Lei 8.666/93, somente seria aceita se esgotadas as possibilidades, e com as devidas e objetivas justificativas.

Consta dos autos levantamento feito pelo PAS deste Tribunal com relação às preferências dos servidores em todo o Estado da Bahia. Na oportunidade, a Unimed foi apontada como o plano que melhor atende no interior.

Com relação à capital, conquanto haja muitas reclamações em relação ao atendimento do IH Saúde, não se espera a participação de outras operadoras no certame, excetuada a Unimed.

Frustrada, a princípio, a expectativa de participação do Bradesco ou da Sul América no certame.

Em relação ao atendimento fora do Estado, verifica-se que apenas a Unimed Nacional poderá atender aos usuários. A IH Saúde, por sua vez, mantém de forma precária o atendimento nacional, contando com a Rede Abrange.

### 9. SUGESTÕES

Diante da realidade dos planos de saúde em funcionamento na Bahia, ora melhor atendendo à capital, ora ao interior, ora em âmbito nacional, destacamos, em ordem de preferência, as seguintes alternativas:



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 5ª REGIÃO

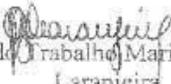
24

1. Licitação, sem prejuízo da contratação imediata de instituição para realização de estudo atuarial para implantação de autogestão compartilhada, com licitação, ou autogestão plena.
2. Convênio de cooperação técnica com a Anajustra, sem prejuízo da contratação imediata de instituição para realização de estudo atuarial para implantação de autogestão compartilhada, com licitação, ou autogestão plena.

10. ANEXOS

Encontram-se, em anexo, documentos apresentados pelas seguintes entidades: ASSEFAZ, CASSI, UNIMED, IH-SAÚDE, ABAS 15 e ANAJUSTRA.

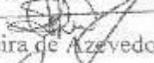
Salvador, 3 de setembro de 2007

  
Desembargadora Federal do Trabalho Maria das Graças Silvary Dourado  
Laranjeira

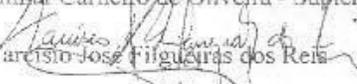
Presidente da Comissão

  
Desembargador Federal do Trabalho Raymundo Carlos Figueirôa

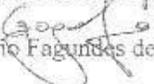
Vice-Presidente da Comissão

  
Juíza Soraya Gesteira de Azevedo Lima Marques

Juiz Gilmar Carneiro de Oliveira - Suplente

  
Tarciso José Figueirás dos Reis

Fernando Luiz de Oliveira Borges Júnior

  
Rogério Fagundes de Assis