

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

ROGÉRIO DO NASCIMENTO CARVALHO

**A GESTÃO DA QUALIDADE APLICADA AOS PROCESSOS PRODUTIVOS NO
DEPARTAMENTO DE PESSOAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS: UM ESTUDO DE CASO VOLTADO À ELIMINAÇÃO DE GARGALOS
NA ÁREA DE CONVÊNIOS DE PLANOS DE SAÚDE**

**MANAUS
2012**

ROGÉRIO DO NASCIMENTO CARVALHO

**A GESTÃO DA QUALIDADE APLICADA AOS PROCESSOS PRODUTIVOS NO
DEPARTAMENTO DE PESSOAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS: UM ESTUDO DE CASO VOLTADO À ELIMINAÇÃO DE GARGALOS
NA ÁREA DE CONVÊNIOS DE PLANOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Produção, área de concentração Qualidade e Produtividade.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Dantas Frota

**MANAUS
2012**

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário/Documentalista
Flaviano Lima de Queiroz CRB 11/255

C331g Carvalho, Rogério do Nascimento

A gestão da qualidade aplicada aos processos produtivos no Departamento de Pessoal da Universidade Federal do Amazonas: um estudo de caso voltado à eliminação de gargalos na área de convênios de planos de saúde / Rogério do Nascimento Carvalho. – Manaus: UFAM / Faculdade de Tecnologia, 2012.

121 f.: il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – UFAM/Faculdade de Tecnologia / PPGEF, 2012.

Orientador: Cláudio Dantas Frota

1. Gestão da qualidade – serviço público 2. Desempenho organizacional – serviço público 3. Serviço público – produtividade do trabalho I. Frota, Cláudio Dantas II. Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Tecnologia, PPGEF III. Título.

CDU 658.562(043.3)

CDD 658.812

ROGÉRIO DO NASCIMENTO CARVALHO

**A GESTÃO DA QUALIDADE APLICADA AOS PROCESSOS PRODUTIVOS NO
DEPARTAMENTO DE PESSOAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS: UM ESTUDO DE CASO VOLTADO À ELIMINAÇÃO DE GARGALOS
NA ÁREA DE CONVÊNIOS DE PLANOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Produção, área de concentração Qualidade e Produtividade.

Aprovado em 18 de setembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. CLÁUDIO DANTAS FROTA, Presidente.
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a. Dr^a. OCILEIDE CUSTÓDIO DA SILVA, Membro.
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. DANIEL FERREIRA DE CASTRO, Membro.
Universidade Federal do Amazonas

*A minha esposa e a meus filhos
pelo incentivo para a realização
deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus no qual deposito toda minha esperança e confiança, cuja presença se fez viva no decorrer de todo este trabalho;

A minha mãe *in memoriam*, e, ao meu pai, cuja educação no temor do Senhor e a dedicação sempre estiveram presentes; sem eles nada disso se tornaria realidade;

Ao meu orientador, Prof. Dr. Cláudio Dantas Frota, pela paciência, pelo apoio, pelos conselhos nos momentos de dificuldades e por ter acreditado em mim;

A minha esposa Márcia Regina Hoshihara Carvalho e a meus filhos Matheus, Thainá e Isabela, presentes de Deus, por estarem sempre ao lado me apoiando ao longo desse caminho;

Aos amigos, Eduardo, Ellen, Flávia, Jorge, Marcos, Paulo e professor Salomão, por me ajudarem em momentos de dificuldade e a todos os colegas do mestrado;

A todos os professores, servidores e colaboradores do programa, porque sem a ajuda destes, o caminho seria ainda muito mais penoso e difícil de ser trilhado.

Agradeço.

Para ser sábio, é preciso primeiro
temer a Deus, o SENHOR. Os tolos
desprezam a sabedoria e não
querem aprender.

Provérbios 1:7

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados de um estudo de caso imanente à Gestão da Qualidade com a proposta de aplicação das ferramentas de melhoria contínua, com lastro no PDCA. O problema que deu origem ao estudo desta dissertação volta-se ao setor de serviços, no Departamento de Pessoal da Universidade Federal do Amazonas, com o intuito de melhorar a qualidade e produtividade no atendimento aos clientes deste setor, através da eliminação de gargalos nos fluxos atuais. Com o uso de ferramentas da Qualidade Total e modelagem de processos se objetiva analisar as possíveis falhas encontradas nos fluxos atuais, e propor novo fluxo para diminuir custos com a redução de desperdícios e retrabalhos, bem como minimizar o tempo gasto no processo, constituindo, desta forma, um arcabouço de procedimentos para melhoria contínua do setor. O percurso metodológico se caracteriza pela investigação com um estudo de caso exploratório. A metodologia utilizada foi a de modelagem de processos, sendo realizada uma revisão da literatura composta de ferramentas da gestão da qualidade, bem como de investigação da aplicação destas ferramentas no setor público. Utiliza uma abordagem dividida em três fases, iniciando pela preparação do ambiente, o levantamento e descrição da situação atual. O estudo aponta que os resultados obtidos viabilizaram a identificação de processos críticos e a melhoria dos mesmos permitiram o entendimento da situação desejada para qualificar o desempenho da Universidade Federal do Amazonas, possibilitando dessa forma, propor ajustes que possam trazer ganhos significativos à Instituição.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade. Desempenho Organizacional. Serviço Público.

ABSTRACT

The objective of this paper is to present the results of a case study immanent in Quality Management with the proposed application of continuous improvement tools backed the PDCA. The problem that led to this dissertation studied back to the service sector, the Personnel Department of the Federal University of Amazonas, in order to improve quality and productivity in customer service this sector, through the elimination of bottlenecks in the flow current. With the use of tools of Total Quality and process modeling objective is to analyze possible flaws found in current flows, and propose new flow to decrease costs by reducing waste and rework, and minimize the time spent in the process and thus represent a framework of procedures for continuous improvement of the sector. The course is characterized by methodological research with an exploratory case study. The methodology was based on process modeling, and performed a literature review consists of tools of quality management as well as research the application of these tools in the public sector. It uses an approach divided into three phases, starting with the preparation of the environment and the survey and description of the current situation. The study shows that the results enabled the identification of critical processes and improving them, allowed the understanding of the desired situation to qualify the performance of the Federal University of Amazonas, thus enabling propose adjustments that can bring significant gains to the Institution.

Keywords: Quality Management. Organizational Performance. Public Service.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Evolução e estágios da qualidade.....	25
Tabela 2 – Abordagem da qualidade.....	27
Tabela 3 – Diferenças básicas entre Gestão da Qualidade na indústria e em serviços e métodos.....	63
Tabela 4 – Valores da contrapartida de ressarcimento de planos de saúde.....	89
Tabela 5 – Quantidade de processos e horas trabalhadas via Secretaria do DEPES.....	108
Tabela 6 – Média dos salários base dos servidores envolvidos no processo via Secretaria do DEPES.....	109
Tabela 7 – Média de custos e tempo dos processos que deram entrada via Secretaria do DEPES.....	110
Tabela 8 – Quantidade de processos e horas trabalhadas via Protocolo Geral da UFAM.....	114
Tabela 9 – Média dos salários base dos servidores envolvidos no processo via Protocolo Geral.....	115
Tabela 10 – Média de custos e tempo dos processos que deram entrada via Protocolo Geral.....	115
Tabela 11 – Quantidade de processos e horas trabalhadas com a adoção da mudança no novo fluxo via Secretaria do DEPES.....	124
Tabela 12 – Média dos salários base dos servidores envolvidos no processo com a mudança do fluxo via Secretaria do DEPES.....	125
Tabela 13 – Médias de custos e tempo dos processos melhorados que deram entrada via Secretaria do DEPES.....	126

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A evolução do foco da qualidade.....	23
Figura 2 – Diagrama do ciclo <i>Kaizen</i>	28
Figura 3 – Diagrama do ciclo 5S.....	30
Figura 4 – Diagrama do ciclo PDCA.....	32
Figura 5 – Diagrama do ciclo 5W1H.....	34
Figura 6 – <i>Brainstorming</i> – Tempestade cerebral.....	36
Figura 7 – Marcos do GESPÚBLICA.....	68
Figura 8 – Modelo de Excelência em Gestão Pública.....	69
Figura 9 – Organograma estrutural do Departamento de Pessoal – DEPES...	81
Figura 10 – Fluxo atual dos processos de ressarcimento de panos de saúde via Secretaria do DEPES.....	106
Figura 11 – Fluxo atual dos processos de ressarcimento de Planos de Saúde via Protocolo Geral.....	111
Figura 12 – Fluxo proposto para os processos de ressarcimento de planos de saúde via Secretaria.....	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Procedimentos para eliminação de perdas – Etapa 1.....	47
Quadro 2 – Procedimentos para eliminação das causas de perdas – Etapa 2	48
Quadro 3 – Procedimentos para mudança do processo – Etapa 3.....	48
Quadro 4 – Distribuição dos servidores nos três setores do DEPES.....	81
Quadro 5 – Giro do PDCA.....	117
Quadro 6 – Fase 1 – Identificação dos problemas.....	119
Quadro 7 – Fase 2 – Observação dos problemas.....	120
Quadro 8 – Fase 3 – Análise dos problemas.....	121
Quadro 9 – Análise comparativa e ganhos percentuais com a adoção das melhorias propostas no novo fluxo em relação ao processo via Secretaria.....	127
Quadro 10 – Análise comparativa e ganhos percentuais com a adoção das melhorias propostas no novo fluxo em relação ao processo via Protocolo.....	129
Quadro 11 – Plano de ação dos novos fluxos de processo.....	132

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ganhos percentuais com a adoção do fluxo proposto – Secretaria/Proposta.....	128
Gráfico 2 – Ganhos percentuais com a adoção do fluxo proposto – Protocolo/Proposta.....	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADMP – Acompanhamento de Desembolso Mensal com Pessoal
CDEAM – Centro de Desenvolvimento Energético Amazônico
CED – Centro de Educação a Distância
CEF – Caixa Econômica Federal
CENDEC – Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Econômico
CEPRAM – Centro de Pesquisa e Produção de Medicamentos
CETELI – Centro de Tecnologia Eletrônica e da Informação
CGU – Controladoria Geral da União
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNI – Coordenação Nacional da Indústria
CPD – Centro de Processamento de Dados
DAP – Divisão de Aposentadorias e Pensões
DCTF – Declaração de Contribuição e Tributos Fiscais
DDD – Divisão de Direitos e Deveres
DEPES – Departamento de Pessoal
DIRF – Declaração de Imposto de Renda Retido na Fonte
DPE – Divisão de Pagamentos e Encargos
DRH – Departamento de Recursos Humanos
EEM – Escola de Enfermagem de Manaus
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FQI – *Federal Quality Institute*
GEFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social
GESPÚBLICA – Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
GQ – Gestão da Qualidade
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IR – Imposto de Renda
MASP – Metodologia de Análise e Solução de Problemas
MEGP – Modelo de Excelência em Gestão Pública
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PBQP – Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PROADM – Pró-Reitoria de Administração
QT – Qualidade Total
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais
RJU – Regime Jurídico Único
SIAPE – Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SIAPECAD – Sistema Integrado de Administração de Pessoal e Cadastro
SIAPENET – Sistema Integrado de Administração de Pessoal na Internet
SIE – Sistema de Informações para o Ensino
SIPEC – Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SISAC – Sistema de Controle de Ações de Comunicação
TCU – Tribunal de Contas da União
TQM – *Total Quality Management*
UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I	22
1 A GESTÃO DA QUALIDADE (GQ)	22
1.1 Os conceitos básicos da qualidade – Principais autores	22
1.2 A evolução da qualidade	23
1.3 Princípios e conceitos da Qualidade Total (QT)	25
1.4 Ferramentas da QT	27
1.4.1 O <i>Kaizen</i>	28
1.4.1.1 A filosofia <i>Kaizen</i>	29
1.4.2 O <i>5S</i>	30
1.4.3 O ciclo <i>PDCA</i>	32
1.4.4 O <i>5W1H</i>	34
1.4.5 <i>Brainstorming – Tempestade de Ideias</i>	36
1.5 Concepção moderna da GQ	42
1.6 Gestão da Qualidade: conceitos, métodos e estruturas	43
1.7 Aplicação da GQ no processo produtivo	46
1.8 Gestão da Qualidade no setor de serviços	51
1.8.1 <i>Prestação de serviços na ótica da GQ</i>	59
1.9 O estado da arte da GQ no setor público.....	64
1.10 Gestão da Qualidade voltada para o serviço público.....	70
CAPÍTULO II	77
2 Caracterização da organização pesquisada	77
2.1 Primeira Instituição de Ensino Superior (IES) do país – Breve histórico	77
2.2 Criação e início da UA – Universidade do Amazonas	78
2.3 Estrutura administrativa.....	79
2.4 Departamento de Pessoal da UFAM - DEPES	80
2.4.1 <i>DEPES e suas principais competências</i>	81
2.4.2 <i>Divisão de Pagamentos e Encargos – DPE</i>	82
2.4.3 <i>Serviço de Encargos</i>	84
2.4.4 <i>Serviço de Preparo de Pagamento</i>	85
2.4.5 <i>Dificuldades enfrentadas pelo DEPES</i>	86
CAPÍTULO III	88
3 Procedimentos metodológicos.....	88
3.1 Situação/problema pesquisada – Convênios de planos de saúde.....	88
3.2 Metodologia de modelagem a ser aplicada.....	91
3.3 Detalhamento das fases e etapas do processo	94
CAPÍTULO IV	105
4 Resultados	105
4.1 Fluxos atuais dos processos – Planos de saúde particulares	105
4.1.1 <i>Fluxo atual do processo via Secretaria do DEPES – Cenário I</i>	105
4.1.1.1 <i>Análise dos gargalos de fluxo – Secretaria do DEPES</i>	107
4.1.1.2 <i>Processo via Secretaria do DEPES e estudos realizados</i>	108
4.1.2 <i>Fluxo atual do processo via Protocolo Geral da UFAM – Cenário II</i>	110
4.1.2.1 <i>Análise dos gargalos de fluxo – Protocolo Geral da UFAM</i>	112
4.1.2.2 <i>Processo via Protocolo Geral da UFAM e estudos realizados</i>	113
4.2 Aplicação da metodologia de melhoria contínua	116
4.3 Plano de Ação – Simulação das melhorias nos processos críticos.....	122
4.4 Nova proposta de fluxo via Secretaria do DEPES – Cenário III – Teste Piloto	123

4.4.1 Análise comparativa entre os fluxos atuais e o fluxo proposto	126
4.4.1.1 Melhoras percentuais – Secretaria do DEPES X Proposta.....	126
4.4.1.2 Melhoras percentuais – Protocolo Geral X Proposta	128
4.5 Resultados gerados após a mudança do fluxo de processo	131
CONCLUSÃO	134
REFERÊNCIAS	137
ANEXO I – PORTARIA NORMATIVA MPOG/SRH Nº 3 JULHO/2009	143
ANEXO II – PORTARIA CONJUNTA SRH/SOF/MP Nº 1 DEZEMBRO/2009	160
ANEXO III – PORTARIA NORMATIVA SRH/MPOG Nº 5 OUTUBRO/2010	163
ANEXO IV – CONTRATO: CONVÊNIO FUA E GEAP	180
ANEXO V – MODELO DE ATA E FORMULÁRIOS	209
ANEXO VI – FORMULÁRIO DESENVOLVIDO PARA RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE	212

INTRODUÇÃO

Contextualização do tema e justificativa

O objeto de estudo desta dissertação constituiu-se na aplicação de Gestão da Qualidade (GQ) voltada para o setor de serviços públicos, através do uso das ferramentas de melhoria contínua, e discorrerá sobre o tema por meio das abordagens, conceitual e prática.

A abordagem conceitual descreverá os estudos já realizados no setor público visando a GQ, dando suporte teórico à abordagem prática, que tomará como estudo de caso as atividades inerentes ao Departamento de Pessoal (DEPES) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com relação aos Convênios de Planos de Saúde dos servidores na Divisão de Pagamento e Encargos (DPE).

O DEPES, vinculado à Pró-Reitora de Administração e Finanças (PROADM), tem como atribuições principais: planejar, desenvolver, coordenar e executar as tarefas inerentes aos direitos e deveres dos servidores docentes e técnicos administrativos em educação, ativos, inativos e pensionistas da UFAM, bem como atender as demandas dos órgãos de fiscalização do poder público na esfera Federal.

Para o cumprimento dessas atribuições o DEPES conta com o Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE), para elaboração da folha de pagamento e seus respectivos encargos; o Sistema Integrado de Administração de Pessoal e Cadastro (SIAPECAD), para cadastro geral dos servidores; o Sistema Integrado de Administração de Pessoal na Internet (SIAPENET), para lançamentos de insalubridade, adicional noturno e pensão alimentícia, disponibilizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

Conta, ainda, com o Sistema de Avaliação e Registros dos Atos de Admissão, Aposentadoria e Pensão do Pessoal Civil da União (SISAC), disponibilizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e o Sistema de Informações para o Ensino (SIE), disponibilizado pela própria UFAM.

Para suprir a demanda atual, o DEPES conta hoje com um número restrito de servidores, colaboradores contratados e estagiários que realizam as atividades habituais do departamento: pagamentos, encargos, registros funcionais, elaboração de portarias, certidões, declarações e pareceres, com a ajuda dos sistemas já mencionados.

A demanda por estas atividades tem aumentado devido à realização de novos concursos para as carreiras de docente e técnicos administrativos, criação de novos *Campi* e Unidades Acadêmicas, bem como a concessão de novas aposentadorias e pensões.

Segundo citação de Fowler (2008 *apud* PIRES e MACEDO, 2006, p. 24), “[...] alguns traços específicos da organização pública brasileira tais como, burocratismo, a interferência política externa à organização, o autoritarismo centralizado, o paternalismo, apego às regras e rotinas, supervalorização da hierarquia, aversão ao empreendedorismo e à descontinuidade da gestão”, contribuem para o crescente descontentamento com os serviços públicos prestados à população.

A inserção de melhorias na qualidade neste setor se faz necessária para a continuidade do atendimento da demanda existente e um eventual aumento da mesma, uma vez que a UFAM tem ampliado seu quadro funcional como já mencionado anteriormente. Caso não sejam tomadas medidas para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo DEPES da UFAM, o departamento não conseguirá acompanhar o crescimento da demanda como se espera.

Portanto, através da aplicação da GQ buscar-se-á melhorar a qualidade nos serviços prestados pelo DEPES, na área de convênios de planos de saúde, justificando a pesquisa no campo do desenvolvimento de um estudo voltado para o setor público.

O interesse pela pesquisa foi visto como uma necessidade de melhoramento no fluxo de processos para clientes (no caso os cidadãos servidores) e órgãos de fiscalização, TCU e CGU.

Hipótese

O DEPES da UFAM sofreu grandes mudanças quanto ao volume de trabalho após a implantação da Lei nº 8.112/90. A demanda por serviços realizados pelo setor aumentou à medida que a universidade se expandiu.

Entretanto, mesmo com esse aumento de demanda, a estrutura desse setor pouco mudou. O número de servidores lotados nesse departamento permaneceu inalterado, o que tornou a realização dos serviços de folha de

pagamento, registro e controle, tarefas cada dia mais complexas e de difícil execução.

Soma-se a essas dificuldades a falta de padronização, fator comum no setor público, na realização dos trabalhos e a forma empírica com que os servidores realizam suas tarefas. O DEPES não possui manual de procedimentos administrativos visando esta padronização, item que dificulta ainda mais o controle e a resposta mais eficiente às petições de servidores e órgãos fiscalizadores.

Também ocorrem gastos desnecessários de tempo e material, uma vez que cada servidor realiza os trabalhos empiricamente. Isto acaba por gerar aumento nos custos com retrabalhos e desperdícios, além de aumentar desnecessariamente o fluxo dos processos que circulam pelo departamento.

O DEPES, atualmente, também não conta com um plano estratégico bem definido visando ao atendimento da demanda por serviços a médio e longo prazos. O departamento passa por inúmeras dificuldades quanto ao atendimento das necessidades do cliente cidadão e diante desta situação, procura atender de forma imediata as petições que surgem com maior urgência.

Alia-se a esta demanda não atendida as constantes auditorias que os órgãos de fiscalização do governo federal (TCU e CGU) fazem no DEPES da UFAM exigindo dos servidores do setor, desdobramento quanto ao volume de trabalho já existente. Este fato gera insatisfação em ambas as partes (servidores e clientes, interno e externo).

A hipótese que norteia a pesquisa parte da premissa de que, diante da problemática pela qual atravessa o DEPES da UFAM, a filosofia adotada pela GQ, pode gerar mudanças nos fluxos de processos atualmente adotados, ajudar os gestores a proporem metas e melhorá-las gradativamente, visando o processo de melhoria contínua e à satisfação da tríade da empresa eficaz como conceitua Uhlmann (1997), ou seja, a satisfação do cliente (interno ou externo), dos colaboradores e do capital.

Problema

Diante deste cenário e com a necessidade clara de mudanças organizacionais, o problema que deu origem à pesquisa está delimitado na

seguinte questão: como melhorar o desempenho do DEPES/DPE e aperfeiçoar os fluxos de processos na área de convênios de planos de saúde?

Objetivo Geral

Propor novos procedimentos e fluxos de processos que melhorem o desempenho do DEPES e da DPE na área de convênios de planos de saúde reduzindo custos com a eliminação de desperdícios e retrabalhos.

Objetivos Específicos

1. Definir os procedimentos e fluxos atuais relativos aos pedidos de ressarcimento dos convênios de planos de saúde dos servidores da UFAM no DEPES e Protocolo Geral;
2. Descrever os procedimentos e fluxos atuais relativos ao recebimento de documentações dos pedidos de ressarcimento de planos de saúde dos servidores da UFAM no DEPES e Protocolo Geral;
3. Analisar os procedimentos e fluxos atuais relativos ao recebimento de documentações dos pedidos de ressarcimento de planos de saúde dos servidores da UFAM no DEPES à luz da teoria;
4. Apresentar para o DEPES, propostas de novos procedimentos e fluxos de processos com fulcro na ferramenta PDCA visando à maximização dos resultados.

Foco da pesquisa

A escolha do tema se deu através de observações feitas pelo pesquisador e posterior entendimento com o orientador da pesquisa a respeito das dificuldades percebidas no trâmite dos processos, obtenção de informações e solicitação do pedido de ressarcimento dos planos de saúde particulares pagos pelos servidores no âmbito da UFAM.

O DEPES, até então não possuía uma orientação bem definida, as informações eram desencontradas, uma vez que parte do processo também era realizada pelo DRH, aumentando o aparecimento de gargalos no fluxo do processo.

Portanto, o presente estudo, foi desenvolvido com o escopo de propor uma nova metodologia no fluxo do processo que possibilite a redução dos gargalos, dos

retrabalhos, bem como melhora o atendimento das solicitações desse benefício tornando-as mais eficiente e eficaz.

Métodos

Para a realização do presente trabalho, o pesquisador utilizou a metodologia de estudo de caso que é uma investigação de caráter empírico que estuda um fenômeno atual no contexto da vida real, geralmente considerando que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto onde se insere não são claramente definidas (YIN, 2005).

Nesse estudo de caso o pesquisador analisará o histórico do fenômeno, extraído de múltiplas fontes de evidências onde qualquer fato relevante à corrente de eventos que descrevem o fenômeno é um dado potencial para o estudo de caso, pois o contexto é importante. (LEONARD-BARTON, 1990).

Souza (2005) destaca que entre os principais benefícios na condução de um estudo de caso está a possibilidade do desenvolvimento de novas teorias e de aumentar o entendimento sobre eventos reais contemporâneos. Além disso, muitos conceitos modernos foram desenvolvidos por meio de estudos de caso.

Desta feita, em uma dissertação, a escolha dos procedimentos metodológicos e das técnicas apropriadas de pesquisa são fatores primordiais para o alcance dos objetivos do estudo.

Classificação da pesquisa

Na elaboração da presente dissertação foi usada a investigação aplicada. De acordo com Gil (2010), a investigação é aplicada quanto a sua natureza, pois tem o objetivo de solucionar problemas identificados no âmbito da DPE no DEPES/UFAM. Ainda segundo Gil (2010, p. 26), “a pesquisa aplicada caracteriza-se por abranger estudos com a finalidade de resolver problemas identificados no âmbito das sociedades em que os pesquisadores vivem”.

Quanto aos objetivos, trata a presente pesquisa de uma investigação de caráter exploratório, pois tem a intenção de oferecer maior familiaridade ao problema, tornando-o mais explícito.

Quanto aos fins, segundo Gil (2010), a pesquisa é considerada como explicativa, pois, tem como finalidade explicar a razão e o porquê das coisas. Há

uma inquietação em apresentar fatores que determinem ou contribuam para a ocorrência dos fenômenos estudados.

Quanto aos meios e a forma de coletar dados, essa pesquisa tem caráter bibliográfico, pois se constituiu a partir de material já publicado, como livros, artigos científicos, teses e dissertações, entre outros. Também se caracterizou como documental, pois examinou documentos no DEPES e Departamento de Recursos Humanos (DRH) da UFAM, a fim de viabilizar a pesquisa. O estudo de campo realizado no DEPES e Protocolo Geral possibilitaram verificar todos os procedimentos envolvidos na pesquisa constituindo-a como um estudo de caso.

Estrutura do trabalho

O trabalho encontra-se estruturado em 4 (quatro) capítulos conforme descrito a seguir:

A Introdução envolveu a contextualização do tema e justificativa, a hipótese, o problema, os objetivos gerais e específicos, o foco da pesquisa, os métodos, e a classificação da pesquisa.

No primeiro capítulo temos a fundamentação teórica sobre gestão da qualidade e seus impactos nos processos em empresas privadas e públicas na área de serviços, bem como de ferramentas da qualidade voltadas para a linha de pesquisa e suas aplicações no setor público, alinhando o conhecimento teórico científico com o objeto da pesquisa.

No segundo capítulo é apresentado um breve histórico da UFAM e do local da pesquisa, sua estrutura administrativa e as dificuldades encontradas no DEPES quando da instituição da lei que regulamentou o pagamento de ressarcimento aos servidores públicos que possuem plano de saúde particular.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia adaptada de Oliveira (2007), a contextualização da situação problema e o ambiente onde o estudo foi realizado, bem como as definições e descrições dos fluxos de processo atuais com entradas tanto pela Secretaria do DEPES, quanto pelo Protocolo Geral da UFAM.

No quarto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa e do estudo de caso com base na Gestão da Qualidade aplicando-se a ferramenta do ciclo PDCA, a fim de propor novo fluxo detalhando cada passo.

Por fim, a conclusão com indicação das limitações do trabalho e recomendações para trabalhos futuros.

CAPÍTULO I

1 A GESTÃO DA QUALIDADE (GQ)

Neste capítulo serão expostos conceitos básicos inerentes ao escopo desta pesquisa: qualidade e alguns de seus conceitos na ótica de seus principais autores; a evolução da qualidade; princípios e conceitos da Qualidade Total (QT); algumas ferramentas da QT; a Gestão da Qualidade (GQ) em uma concepção moderna; a GQ com seus conceitos, métodos e estruturas; a aplicação da GQ no processo produtivo; a GQ no setor de serviços; o estado da arte da GQ no setor público e, por fim, a GQ voltada para o serviço público.

1.1 Os conceitos básicos da qualidade – Principais autores

Num mundo globalizado, com mercados emergentes e populações cada vez mais propensas ao consumo, a busca para melhorar a qualidade dos produtos, processos e serviços oferecidos a esta nova fatia de mercado tem sido uma constante. Neste sentido, muitos conceitos sobre qualidade vêm sendo aprimorados para se adequar às necessidades ora exigidas.

Os conceitos básicos de qualidade evoluíram ao longo dos anos de acordo com sua aplicabilidade no setor manufatureiro e de serviços. Diante deste cenário, diversos autores conceituam qualidade dentre eles destacamos: Deming, Juran e Crosby.

De acordo com Deming (1990 *apud* MOURA, 2008, p. 3), “[...] a qualidade está diretamente ligada à busca pela satisfação ao desejo do cliente, do consumidor”. Para Juran (1997 *apud* MATOS, 2009, p. 5), “[...] são características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e dessa forma proporcionam a satisfação em relação ao produto”, aliada a ausência de falhas e, para Crosby (1999 *apud* CORDEIRO; ANDRADE, 2007, p. 3), “[...] a qualidade esta associada à conformidade com requisitos pré-estabelecidos e ao zero defeito”. Esses conceitos tiveram sua ênfase a princípio no produto, posteriormente no processo.

Como conceitua Paladini (1995, p. 17), “[...] a qualidade deve ser gerada a partir do processo produtivo”. Esse conceito sofreu uma evolução em sua abordagem, tendo como foco principal características do produto que geralmente

podem ser medidas e controladas.

A abordagem centrada no produto, ainda segundo Paladini (1995, p. 25), “[...] entende qualidade como uma variável passível de medição”. Desse modo, a qualidade de um produto se baseia em padrões objetivos cujas unidades de medidas formam uma escala contínua e bem definidos.

Posteriormente, a abordagem sobre qualidade mudou de produtos e processos, voltada para o setor manufatureiro, para uma abordagem voltada para o setor de serviços, com foco agora destinado à satisfação do cliente. Como conceitua Casas (1999, p. 14), “[...] serviços são atos, ações, desempenho”, que de forma bem simplificada, definem todas as categorias de serviços.

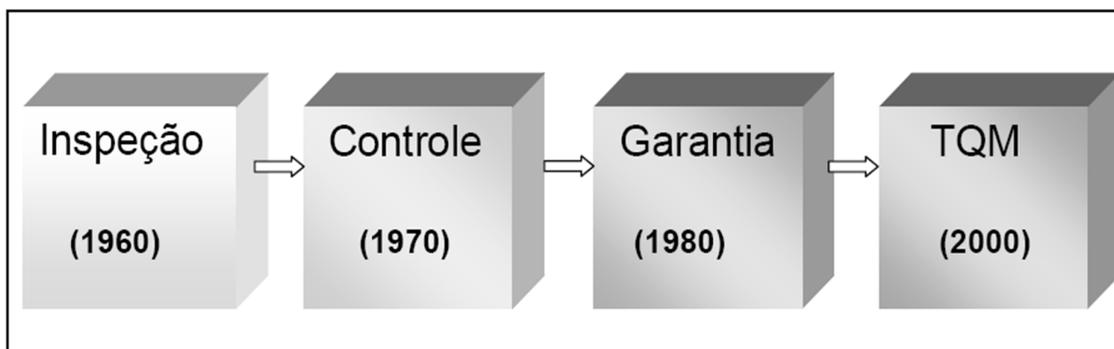
Neste contexto, com a qualidade voltada para o setor de serviços surgiram também a ABNT NBR 8402 de 1994, posteriormente substituída pela certificação ISO 9000:2000, voltadas para a qualidade total, tendo como parâmetro o modo de gestão das organizações.

Por fim, os esforços gerados nas organizações do setor privado, serviram de base para a implantação da chamada cultura da qualidade no setor público, com a concepção de novos estudos voltados exclusivamente para este setor, na tentativa de inserir em organizações públicas, programas que viessem ao encontro das necessidades da sociedade.

1.2 A evolução da qualidade

A qualidade ou os mecanismos sistêmicos de qualidade evoluíram ao longo do tempo em quatro estágios principais: inspeção, controle, garantia (ou qualidade assegurada) e gestão pela qualidade total. A figura 1 ilustra a evolução descrita.

Figura 1 – A evolução do foco da qualidade



Fonte: Paladini (2004).

As etapas ou eras da qualidade estão diretamente ligadas ao conceito e ao foco direcionado a ela em cada uma dessas etapas. A evolução se dá por novas necessidades em abranger aspectos de qualidade, novas características dos negócios, mudanças culturais na sociedade industrial e estabelecimento de novos paradigmas. (PALADINI, 2004):

- Adequação às necessidades dos clientes;
- Redução de perdas no processo (e novos conceitos de perdas);
- Atendimento a necessidade de aumento de desempenho econômico;
- Eliminação de custos;
- Educação e treinamento;
- Desenvolvimento de novas técnicas, conceitos e ferramentas;
- Evolução na comunicação, internet, tecnologia, etc.

A Gestão pela Qualidade Total (TQM) é o ápice da evolução da qualidade. Esse método de gestão parte do princípio de que um sistema não poderá abranger somente gerenciamentos diretos ligados ao desenvolvimento e produção dos produtos, mas sim, o TQM enfatiza o gerenciamento da qualidade por toda a organização, ou seja, uma abordagem sistemática para estabelecer e atingir metas de qualidade (PALADINI, 2004).

Na visão de Frota (2008, p. 70), “[...] isso significa que o conceito apresenta uma “visão espacial” da qualidade total, que enfatiza o envolvimento de todos os setores, áreas e recursos em um esforço único, ainda que em contribuições específicas, pela qualidade”. Os estágios evolutivos da qualidade podem ser observados na tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Evolução e estágios da qualidade

Crítérios	Inspeção	Controle Estatístico do Processo	Qualidade Assegurada	Gestão da Qualidade Total
Objetivo	Medição das especificações.	Controle de Processo.	Distribuição de responsabilidade.	Melhoria contínua da qualidade a cada nível, a cada local e a cada estágio.
Foco	Qualidade uniforme do produto.	Redução do trabalho de inspeção.	Avaliação de todos os estágios.	Satisfação do cliente (interno e externo).
Ferramentas	Padrões e técnicas de medição.	Técnicas e ferramentas do controle estatístico da qualidade.	Documentação de planejamento da qualidade e de sistemas de qualidade.	Comprometimento, motivação, participação, educação e treinamento em desenvolvimento organizacional.
Responsabilidade pela Qualidade	Departamento de Inspeção.	Departamento de produção.	Todos os departamentos.	Liderança da alta gerência, com participação de cada um na organização.
Abordagem	Inspeção e avaliação aleatória.	Problemas e controle de qualidade.	Garantir a construção da qualidade por planejamento e controle do programa de qualidade.	Gerenciamento estratégico, envolvimento de equipes e ação de pesquisa.

Fonte: Paladini (2004).

A tabela 1 correlaciona quatro critérios da evolução dos estágios da qualidade: inspeção, controle estatístico do processo, qualidade assegurada e gestão da qualidade total, de acordo com o objetivo, o foco, as ferramentas, a responsabilidade pela qualidade e a abordagem.

Portanto, ao se cruzar os dados da tabela é possível verificar como os estágios evoluíram de acordo com cada critério observado ao longo do tempo.

1.3 Princípios e conceitos da Qualidade Total (QT)

As mudanças ocorridas com o advento de novos estudos em qualidade total, e a própria necessidade de buscar conhecimento que agregasse valor ao já existente, trouxeram à tona novos programas e normas da qualidade.

Conte e Durski (2002, p. 54-55) comentam que,

Independente dos programas da “moda” ou das normas da qualidade, os principais mestres da área, entre eles William Edward Deming, Joseph Juran, Phillip Crosby, Armand Feigenbaum e Kaoru Ishikawa, desenvolveram metodologias próprias em relação à implantação de programas da qualidade nas empresas, e cada um deles criou uma relação de princípios da qualidade total. Estes princípios possuem certa similaridade e podem ser agrupados em dez: Planejamento da Qualidade, Total Satisfação dos Clientes, Gerência Participativa, Desenvolvimento dos Recursos Humanos, Constância de Propósitos, Aperfeiçoamento Contínuo, Gerenciamento de Processos, Disseminação das Informações, Garantia da Qualidade e Desempenho Zero Defeitos.

Ainda segundo Conte e Durski (2002, p. 55), “[...] com esses mandamentos da qualidade devidamente implantados e os resultados medidos e avaliados constantemente, os programas da qualidade têm mais chance de obter sucesso”, sejam em empresas públicas ou privadas.

O conceito de qualidade é algo quase intrínseco à mente humana. De uma maneira ou outra, o homem julga produtos, processos, serviços por meio de conceitos individuais de qualidade. Esses conceitos estão muito ligados à experiência de cada um.

A qualidade representa um atributo de produtos e serviços que atendem às necessidades de quem os usam. (MOURA, 2008). E mais, a qualidade pode ser definida como sendo a capacidade de fabricação, a fim de que um produto ou serviço seja concretizado exatamente conforme o seu projeto. (PALADINI, 2004). Ou, como o mesmo Paladini (2004) observa em uma coletânea de conceitos sobre qualidade, pode-se considerar a qualidade como um requisito mínimo de funcionamento em situações em que os produtos são extremamente simples.

Deming (1990 *apud* MOURA, 2008, p. 4) “[...] um dos pais da administração moderna afirma que, a qualidade somente pode ser definida em termos de quem a define”. Ou seja, na opinião do operário, ele produz qualidade se puder orgulhar-se do seu trabalho; para o administrador de empresa, significa produzir a quantidade planejada e atender as especificações.

Enfim, existem vários conceitos sobre qualidade, e, principalmente, há uma ideia intuitiva de qualidade que não pode ser desprezada. A qualidade deve, certamente, passar pela relação cliente e fornecedor, necessidades, atendimento a especificações, quantidades e planos. Neste aspecto, encontram-se outras duas definições clássicas de qualidade: Qualidade é a adequação ao uso (JURAN, GRZYNA, 1991); Qualidade é o grau de ajuste de um produto à demanda que pretende satisfazer (JENKINS, 1971 *apud* PALADINI, 2000).

Brandolese (1994) entende que a palavra qualidade virtualmente inclui tudo: competitividade, tempo de entrega, custos, excelência, política corporativa, produtividade, lucros, qualidade do produto, volumes, resultados, serviços, segurança, conscientização ambiental e focalização nos acionistas. E é por isso que a qualidade está constantemente sendo relacionada como uma das maiores prioridades competitivas que uma organização deve possuir a fim de serem bem sucedidas nos atuais mercados que as colocam (CALARGE, 2001).

Qualidade, portanto, pode ser definida em algumas abordagens, conforme a tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Abordagem da qualidade

ABORDAGEM	CONCEITO
Transcendental	Qualidade vista como um sinônimo de excelência inata, padrão aceitável de alta qualidade.
Baseada no Produto	Qualidade é vista como uma variável precisa e mensurável, diferenças na qualidade refletem diferenças quantificáveis atribuídas ao produto.
Baseada no Usuário	Item de “alta qualidade” é aquele que o consumidor quer ou necessita.
Baseada na Manufatura	Qualidade é vista como a “conformidade para as necessidades” foco em engenharia e práticas de manufatura.
Baseada no Valor	Qualidade é vista em termos de preço e custo faz-se relação ao preço do produto.

Fonte: Brandolese (1994).

De acordo com Frota (2008), complementarmente a abordagem anterior, a qualidade ainda pode ser examinada por meio de dimensões: desempenho; características; confiabilidade; conformidade; durabilidade; assistência técnica; estética e qualidade percebida.

Portanto, como pode ser analisado, os conceitos e abordagens da qualidade são bastante complexos, pois dependem de vários fatores e diferentes focos de concentração, sejam na indústria ou mesmo no setor público.

1.4 Ferramentas da QT

Para facilitar a aplicação dos mandamentos da qualidade, surgiram algumas ferramentas das quais podemos destacar: o *Kaizen*, os 5S, o ciclo PDCA, o 5W1H e o *brainstorming* dentre outras.

De acordo com Frota (2008), cada ferramenta tem sua própria utilização,

sendo que não existe uma receita adequada para saber qual a ferramenta que deve ser usada para resolução das situações, isto vai depender do problema envolvido, das informações obtidas, dos dados históricos disponíveis, e do conhecimento do processo em questão.

1.4.1 O Kaizen

Figura 2 – Diagrama do ciclo *Kaizen*



Fonte: <http://www.ss-solucoes.com.br/pages/kaizen.html>

Neste contexto, buscando sempre a melhoria contínua das atividades em produtos e serviços, a figura 2 acima destaca o *Kaizen*, método japonês que significa (*KA*) modificar e (*ZEN*) para melhor, também passou a ser utilizado por diversas empresas. A filosofia do *Kaizen* abrange todos os setores da administração, de gerentes a colaboradores sendo uma filosofia voltada para a eliminação de perdas em todos os setores da organização.

A utilização do *Kaizen*, segundo Rangel (1995), implica no uso de dois elementos fundamentais: na melhoria, entendida como mudança para melhor e na continuidade, como ações permanentes de mudança. Diante disto, muitas empresas procuram implantar programas que busquem alcançar a qualidade, ou melhoria

em seus processos.

Estas mudanças organizacionais continuam ocorrendo e nesse processo contínuo de melhoria, diversas ferramentas são adaptadas do setor privado para o setor público.

Como filosofia gerencial, o *Kaizen* também pode ser adaptado do setor manufatureiro para o setor de serviços e sua aplicação tende a ser testada por setores da administração pública, com a finalidade de melhorar a qualidade no serviço público com ênfase na satisfação do cliente cidadão. (RUTKOWSKI, 1998).

1.4.1.1 A filosofia Kaizen

A filosofia *Kaizen* baseia-se na eliminação de desperdícios com base no bom senso, utilização de soluções simples e baratas apoiadas na motivação e criatividade dos colaboradores para viabilizar melhorias nos processos de trabalho voltado para a melhoria contínua.

Esta ferramenta passou a ser conhecida mundialmente através do processo de produção da Toyota e foi desenvolvida pelo engenheiro japonês Taichi Ohno com a finalidade de reduzir desperdícios do processo produtivo, buscando a melhoria contínua da qualidade dos produtos e aumento de produtividade.

De acordo com Sharma e Moody (2003, p. 114):

A ferramenta *Kaizen* utiliza questões estratégicas baseadas no tempo. Nesta estratégia, os pontos chave para a manufatura ou processos produtivos são: a qualidade (como melhorá-la), os custos (como reduzi-los e controlá-los) e a entrega pontual (como garanti-la). O fracasso de um destes três pontos significa perda de competitividade e sustentabilidade nos atuais mercados globais.

Para Slack *et al.* (1999), o *Kaizen* não se preocupa apenas com qualidade, redução de custos e pontualidade na fabricação de um produto. A filosofia criada por Taichi Ohno, também tem como meta a busca pela melhoria contínua das condições de trabalho do homem, tentando encontrar uma interação perfeita com os processos de manufatura, aumentando sua satisfação.

A filosofia *Kaizen* no setor de serviços pode ser trabalhada através da formação de equipes focadas na eliminação de desperdícios e criação de fluxos adequados, gerando soluções criativas para sanar problemas antes que se faça necessário qualquer tipo de investimento.

Neste sentido, é importante destacar a criatividade dos colaboradores

para criação de melhores processos e ambientes de trabalho, aumentando também a rentabilidade da organização.

Segundo Sharma e Moody (2003), as decisões que servirão de base para a melhoria contínua devem ser tomadas pelos especialistas de cada área. Isto torna o processo autônomo no sentido de se atingir as metas propostas e até mesmo ultrapassá-las.

A aplicação efetiva de um evento *Kaizen*, adota o uso de diversas ferramentas, dentre elas destacamos: o programa 5S e o ciclo PDCA. Mas a filosofia *Kaizen* também pode adotar outras ferramentas para se atingir as metas desejadas, tais como: fluxogramas, o gráfico de Pareto, listas de verificação, diagramas de causa e efeito, técnicas de *brainstorming* (ou tempestade de ideias).

Para o setor de serviços, mais especificamente no serviço público, na visão de Paladini (2004), as ferramentas utilizadas no processo de melhoria contínua constituem um avanço considerável graças a uma de suas principais características, o baixo investimento, tendo como base apenas o uso do bom senso.

1.4.2 O 5S

Figura 3 – Diagrama do ciclo 5S



Fonte: <http://jorgenca.blogspot.com.br/2012/03/programa-5s-estruturando-implantacao.html>

A figura 3 acima destaca os cinco sensores elaborados por Kaoru Ishikawa, em 1950, no Japão do pós-guerra, inspirado na necessidade que havia de colocar

ordem na grande confusão em que se encontrava o país após a segunda guerra mundial. O processo demonstrou ser eficaz enquanto reorganizador das empresas e da própria economia japonesa e, ainda hoje, é considerado o principal instrumento de gestão da qualidade e produtividade utilizadas naquele país.

Segundo Sharma e Moody (2003), o 5S é o primeiro e o principal passo para qualquer programa de gestão da qualidade. Sua implantação nas organizações requer o acompanhamento profissional, treinamento e convencimento para a gestão de mudanças. O Programa de 5s é uma filosofia de trabalho que busca promover a disciplina na empresa através da consciência e responsabilidade de todos, de forma a tornar o ambiente de trabalho agradável, seguro e produtivo.

Segundo Correia *et al.* (2010, p. 4):

para Campos (*apud* SILVA, 2003) um programa 5S visa mudar o comportamento das pessoas para toda a vida, a partir da forma de pensar – consciência – não sendo somente um evento episódico de limpeza, mas uma nova maneira de conduzir a empresa com ganhos de produtividade.

O método tem por objetivo disseminar práticas corretas para impulso da produtividade por meio de ações simples, mas eficazes na melhoria do ambiente de trabalho. Nas empresas, qualquer que seja ela, seus objetivos são: melhoria do ambiente de trabalho, prevenção de acidentes, incentivo à criatividade, redução de custos, eliminação de desperdício, desenvolvimento do trabalho em equipe, melhoria das relações humanas, melhoria da qualidade de serviços e produtos.

Correia *et al.* (2010, p. 4), comenta ainda que “[...] o programa 5S é denominado das iniciais de cinco palavras japonesas com significados distintos: Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu e Shitsuke, sendo adaptadas a língua portuguesa na forma e 5 sentidos”. A seguir discriminaremos cada um deles:

1. Seiri: Senso de Utilização - Consiste em deixar no ambiente de trabalho apenas os materiais úteis, descartando ou destinando os demais da maneira mais adequada.

2. Seiton: Senso de Organização - Consiste em estabelecer um lugar para cada material, identificando-os e organizando-os conforme a frequência do uso. Se utilizado frequentemente o material deve ficar perto do trabalhador, caso contrário, deve ser armazenado em um local mais afastado, para que não prejudique as tarefas rotineiras.

3. Seiso: Senso de Limpeza - Consiste em manter os ambientes de trabalho limpos e em melhores condições operacionais. Este princípio preconiza: “melhor que limpar é não sujar”.

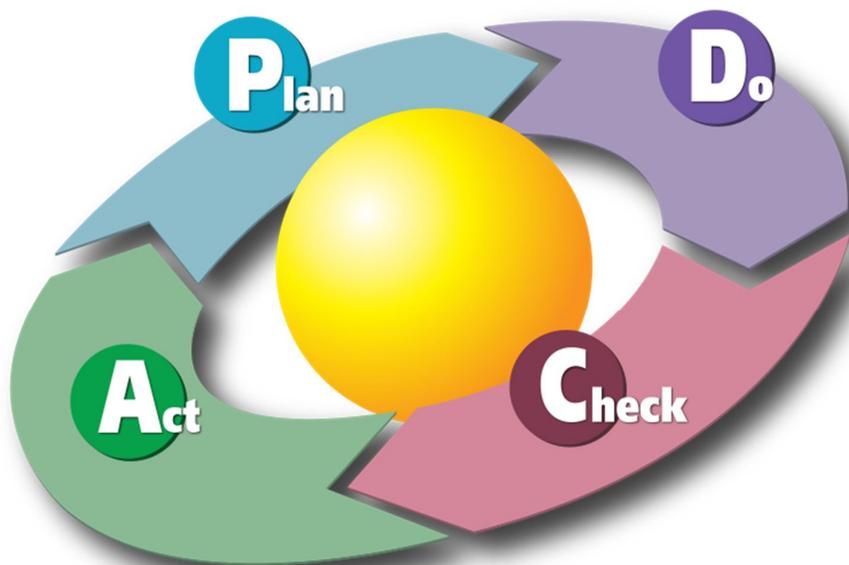
4. Seiketsu: Senso de Saúde ou Melhoria Contínua - Este princípio pode ser interpretado de duas formas. Na aplicação de ações que visam a manutenção e melhoria da saúde do trabalhador e nas condições sanitárias e ambientais do trabalho. Como melhoria contínua, aplica-se o princípio do *Kaizen* melhorando e padronizando os processos.

5. Shitsuke: Senso de Autodisciplina - Autodisciplina é um estágio avançado de comprometimento das pessoas, que segue o princípio independente de supervisão. Para atingir este estágio é necessário ter atendido satisfatoriamente os 4 princípios anteriores do 5S.

A utilização do 5S em instituições públicas tem se mostrado viável devido ao baixo investimento. No entanto, como comenta Correia *et al* (2010), a mudança de comportamento das pessoas a nível de consciência tem sido um fator que compromete o desempenho do programa.

1.4.3 O ciclo PDCA

Figura 4 – Diagrama do ciclo PDCA



Fonte: <http://www.anythingresearch.com/Strategic-Planning/PDCA-Plan-Do-Check-Act.htm>

Seguindo a mesma linha de outras ferramentas de melhoria da qualidade, a figura 4 acima mostra o ciclo PDCA, que consiste em fazer planejamento e/ou

correções e melhoria de processos. É um ciclo de análise e melhoria, criado por Walter Shewhart, em meados da década de 20 e disseminado para o mundo por Deming. Esta ferramenta é de fundamental importância para a análise e melhoria dos processos organizacionais e para a eficácia do trabalho em equipe.

Correia *et al.* (2010, p. 6), descreve que, “[...] o ciclo PDCA (em inglês *Plan, Do, Check e Action*) é uma ferramenta gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência de uma organização, sendo composto das seguintes etapas”:

1. Planejar (*PLAN*);

- Definir as metas a serem alcançadas;
- Definir o método para alcançar as metas propostas.

2. Executar (*DO*);

- Executar as tarefas exatamente como foi previsto na etapa de planejamento;
- Coletar dados que serão utilizados na próxima etapa de verificação do processo;
- Nesta etapa são essenciais a educação e o treinamento no trabalho.

3. Verificar, checar (*CHECK*);

- Verificar se o executado está conforme o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada, dentro do método definido;
- Identificar os desvios na meta ou no método.

4. Agir corretivamente (*ACTION*);

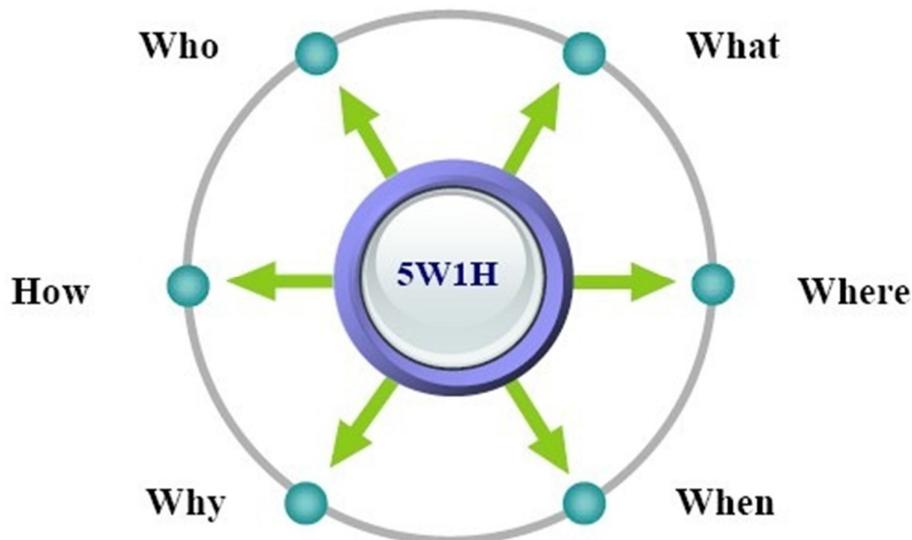
- Caso sejam identificados desvios, é necessário definir e implementar soluções que eliminem as suas causas;
- Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais os desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas, soluções, etc.

O PDCA pode ser utilizado na realização de toda e qualquer atividade

da organização, seja ela pública ou privada, sendo ideal que todos da organização utilizem-na como ferramenta de gestão no cotidiano de suas atividades.

1.4.4 O 5W1H

Figura 5 – Diagrama do ciclo 5W1H



Fonte: <http://laboratoriumbr.files.wordpress.com/2012/05/5w-1h.jpg>

Está ferramenta básica da qualidade destacada na figura 5 acima, consiste em um documento de forma organizada que identifica as ações e as responsabilidades de quem irá executar, através de um questionamento, capaz de orientar as diversas ações que deverão ser implementadas. É uma ferramenta de melhoria de processo desenvolvida para o planejamento das mais diversas ações.

Segundo Rossato (1996) *apud* (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2007, p 81), “[...] a ferramenta 5W1H ajuda a organização ao identificar o que será feito (*What*), quando será feito (*When*), quem fará (*Who*), onde será feito (*Where*), por que será feito (*Why*) e como será feito (*How*)”. Atualmente é empregado outro H (*How Much*) à ferramenta, partindo do princípio de que a organização deve saber o quanto vai gastar com aquele processo.

Rossato (1996) *apud* (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2007, p 81), destaca ainda que:

[...] o 5W1H, basicamente, é um *checklist* de determinadas atividades que precisam ser desenvolvidas com o máximo de clareza possível por parte dos colaboradores da empresa. Ele funciona como um mapeamento destas atividades, onde ficará estabelecido o que será feito, quem fará o quê, em

qual período de tempo, em qual área da empresa e todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita. Em um segundo momento, deverá figurar nesta tabela como será feita esta atividade e quanto custará aos cofres da empresa tal processo.

Esta ferramenta é extremamente útil para empresas, uma vez que elimina por completo qualquer dúvida que possa surgir sobre um processo ou sua atividade. Em um meio ágil e competitivo como é o ambiente corporativo, a ausência de dúvidas agiliza e muito as atividades a serem desenvolvidas por colaboradores de setores ou áreas diferentes. Um erro na transmissão de informações pode acarretar diversos prejuízos à empresa. Neste sentido, o 5W1H é uma excelente ferramenta para buscar soluções em curto prazo.

Antes de utilizar o 5W1H é preciso que a empresa estabeleça uma estratégia de ação para identificação e proposição de soluções de determinados problemas que queira sanar. Para isso pode-se utilizar de *brainstorm* para se chegar a um ponto comum. É preciso também ter em conta os seguintes pontos:

- Ter certeza de estar implementando ações sobre as causas do problema, e não sobre seus efeitos;
- Ter certeza que as ações não tenham qualquer efeito colateral, caso contrário deverá tomar outras ações para eliminá-los;
- É preciso propor diferentes soluções para os problemas analisados, certificando-se da real eficácia de tais soluções.

O plano de ação 5W1H permite considerar todas as tarefas a serem executadas ou selecionadas de forma cuidadosa e objetiva, assegurando sua implementação de forma organizada, ou seja, o objetivo real seria dispor um cronograma de planejamento de execução dos trabalhos a serem efetuados.

O 5W1H surgiu como uma ferramenta da estratégia de qualidade total nas empresas (principalmente na área de produção), cuja qual tem como prioridade, estabelecer um plano de ação tático, para algo que não esteja indo tão bem quanto deveria, onde são definidas as ações, muitas vezes a serem tomadas em um período “curto” de tempo, normalmente 1 ano.

O conhecido escritor inglês Rudyard Kipling, no seu livro *The Elephant's Child* (1902), formulou o primeiro texto sobre a ferramenta, excelente e simples para esquematizar o planejamento primário de ações.

As ferramentas 5W1H e 5W2H são amplamente utilizadas em várias atividades cotidianas, como um *check-list* de verificação da completude de ações.

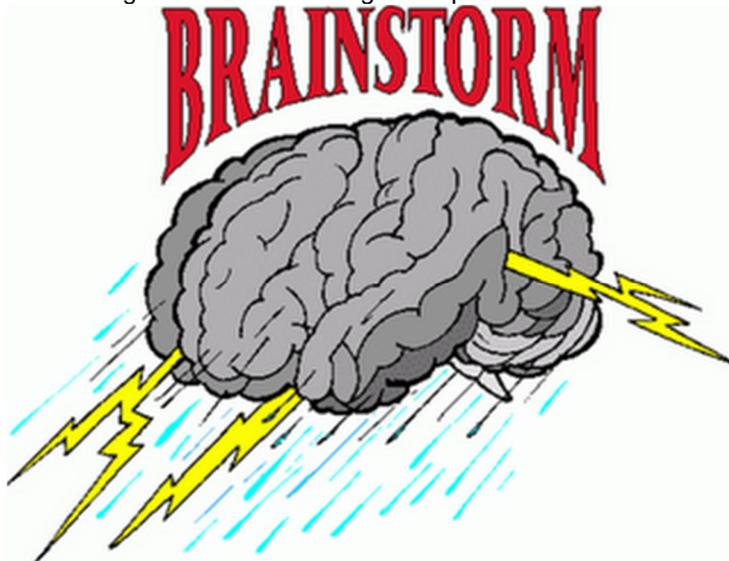
Por exemplo, na atividade jornalística, o 5W1H é intensamente usado como verificação da consistência de uma matéria, antes de publicá-la. Também na condução de reuniões, as ferramentas 5W1H ou 5W2H são poderosos auxiliares para proporcionar objetividade e rapidez na obtenção de solução de problemas e, em consequência, de resultados.

Essas ferramentas permitem estabelecer tarefas e responsabilidades específicas para os eventos planejados, evitando que as reuniões fiquem apenas no campo das ideias e das intenções, como é frequente quando não há eficácia de condução. O uso dessas ferramentas na análise e na melhoria de processos, bem como na gestão em geral, é extremamente útil e recomendado.

Oliveira (2007, p. 53), ao se referir ao 5W1H, afirma que “[...] ao responder às perguntas, para um determinado processo, a organização passa a ter uma percepção completa e detalhada do mesmo”, podendo enxergar seus erros e sugerir melhorias.

1.4.5 Brainstorming – Tempestade de Ideias

Figura 6 – *Brainstorming* – Tempestade cerebral



Fonte: <http://producaoindustrialigualidade.blogspot.com.br/2011/01/brainstorming.html>

O conceito básico do *brainstorming* é deixar vir à tona todas as ideias possíveis, sem criticar, durante a sua exposição. O objetivo é obter o maior número possível de sugestões, para fazer posteriormente o julgamento. Criada nos anos 40, pelo publicitário Alex Osborn, a expressão significa “tempestade cerebral” como ilustra a figura 6 acima ou “tempestade de ideias”.

O *brainstorming*, não determina uma solução, mas propõe muitas outras. Trata-se de um grupo de pessoas na qual um tema é exposto e que através da livre associação de pensamento começam a surgir ideias associadas a este tema.

Após a sessão de *brainstorming*, onde poderão ser geradas dezenas de ideias, é necessário efetuar escolhas retirando todas as que não se adequam aos objetivos, às capacidades financeiras, técnicas ou administrativas da organização.

Para Hikage, Carvalho e Laurindo (2003), todos são encorajados a apresentar ideias, mesmo que sejam incomuns. As ideias são registradas e discutidas, podendo ser até em reuniões posteriores, até se chegar a uma decisão, buscando o consenso.

A crescente propagação do conceito do Brainstorming (e outras ferramentas) pelas empresas que obtiveram êxito no alcance de suas metas, bem como pela recomendação por órgãos oficiais especializados em gestão e premiação da qualidade, têm levado inúmeras empresas a buscar este conceito para conhecer, analisar sua aplicabilidade e obter competitividade dentro do seu cenário de atuação (HIKAGE; CARVALHO; LAURINDO, 2003, p. 3).

Hikage, Carvalho e Laurindo (2003) também indagam que o *brainstorming* se apresenta como uma ferramenta prática de fácil aplicação e que se destaca por não exigir gastos relevantes para ser aplicada nas empresas, podendo ser perfeitamente usada tanto no setor privado quanto no público.

Dentre diversos outros métodos, a técnica de *brainstorming* propõe que um grupo de pessoas - de duas até dez pessoas - se reúnam e se utilizem das diferenças em seus pensamentos e ideias para que possam chegar a um denominador comum eficaz e com qualidade, gerando assim ideias inovadoras que levem o projeto adiante.

É preferível que as pessoas que se envolvam nesse método sejam de setores e competências diferentes, pois suas experiências diversas podem colaborar com a “tempestade de ideias” que se forma ao longo do processo de sugestões e discussões. Nenhuma ideia é descartada ou julgada como errada ou absurda. Todas as ideias são ouvidas e trazidas até o processo de *brainwriting*, que se constitui na compilação ou anotação de todas as ideias ocorridas no processo de *brainstorming*, em uma reunião com alguns participantes da sessão, e assim evoluindo as ideias até a chegada da solução efetiva.

Quando se necessita de respostas rápidas a questões relativamente simples, o *brainstorming* é uma das técnicas mais populares e eficazes. Esta técnica

vem sendo difundida e inserida ainda em diversas outras áreas, tais como educação, negócios, informática, Internet e outras situações mais técnicas.

A técnica de *brainstorming* tem várias aplicações, mas é frequentemente usada em:

- Desenvolvimento de novos produtos - obter ideias para novos produtos e efetuar melhoramentos aos produtos existentes.
- Publicidade - desenvolver ideias para campanhas de publicidade.
- Resolução de problemas - consequências, soluções alternativas, análise de impacto, avaliação.
- Gestão de processos - encontrar formas de melhorar os processos comerciais e de produção.
- Gestão de projetos - identificar objetivos dos clientes, riscos, entregas, pacotes de trabalho, recursos, tarefas e responsabilidades.
- Formação de equipes - geração de partilha e discussão de ideias enquanto se estimulam os participantes a raciocinar e a criar: criatividade em equipe

Há 3 principais partes no *brainstorming*:

- Encontrar os fatos,
- Geração da ideia,
- Encontrar a solução.

Da busca dos fatos na resolução de um problema existem duas subpartes:

- Definição do problema,
- Preparação.

Inicialmente, define-se o problema. Poderá ser necessário subdividir o problema em várias partes. A técnica de *Brainstorming* funciona para problemas que têm muitas soluções possíveis tal como a geração de ideias para o seu desenho. Depois é necessário colher toda a informação que pode relacionar-se com o problema. Geração de ideias por *brainstorming*. Busca da solução. Avaliar e selecionar as melhores ideias.

O *brainstorming* clássico é baseado em dois princípios e quatro regras básicas.

Os dois princípios são:

- Atraso do julgamento
- Criatividade em quantidade e qualidade

A maioria das más ideias são inicialmente boas ideias. Atrasando ou adiando o julgamento, é dada a hipótese de se gerarem muitas ideias antes de se decidir por uma.

De acordo com Osborn, o humano é capaz tanto do julgamento como da criatividade. Embora, a maioria da educação nos ensine apenas a usar o julgamento; apressa-se o julgamento. Quando se pratica o atraso do julgamento, é possível usar a mente criativa para gerar ideias sem as julgar.

Quando se geram ideias, é necessário ignorar as considerações à importância da ideia, à sua usabilidade, à sua praticabilidade. Neste patamar, todas as ideias são iguais. É necessário atrasar o julgamento enquanto ainda não se terminou a geração das mesmas.

O segundo princípio é relativo à quantidade e qualidade da criatividade. Quanto mais ideias forem geradas, será mais provável encontrar uma boa ideia. A técnica de *brainstorming* tira vantagem de associações que se desenvolvem quando se consideram muitas ideias. Uma ideia pode levar a uma outra. Ideias más podem levar a boas ideias.

Por vezes, não conseguimos pensar num problema enquanto não houver algumas respostas. O *Brainstorming* oferece a possibilidade de pôr as ideias que passam pela cabeça, no papel, de maneira a conseguir obter as melhores delas.

Usualmente, as linhas de guia que se seguem são chamadas de *regras*. Devem ser seguidas como regras, embora sejam apenas linhas de guia ou de direção.

As quatro principais regras do *brainstorming* são:

- Críticas são rejeitadas: Esta é provavelmente a regra mais importante. A não ser que a avaliação seja evitada, o princípio do julgamento não pode operar. A falha do grupo ao cumprir esta regra é a razão mais crítica para que a sessão de *brainstorming* não resulte. Esta regra é aquela que primariamente diferencia um *brainstorming* clássico dos métodos de conferência tradicionais.

- Criatividade é bem-vinda: Esta regra é utilizada para encorajar os participantes a sugerir qualquer ideia que lhe venha à mente, sem preconceitos e sem medo. As ideias mais desejáveis são aquelas que inicialmente parecem ser sem domínio e muito longe do que poderá ser uma solução. É necessário deixar as inibições para trás enquanto se geram ideias. Quando se segue esta regra, cria-se automaticamente um clima de *brainstorming* apropriado. Isso aumenta também o número de ideias geradas.
- Quantidade é necessária: Quanto mais ideias forem geradas, mais hipóteses há de encontrar uma boa ideia. Quantidade gera qualidade.
- Combinação e aperfeiçoamento são necessários: O objetivo desta regra é encorajar a geração de ideias adicionais para a construção e reconstrução sobre as ideias dos outros.

Embora, universalmente não haja linhas de direção aceitas para passos específicos a implementar numa sessão de *brainstorming*, as seguintes atividades principais são bastante típicas:

- Desenvolver um enunciado para o problema.
- Selecionar um grupo de 6 a 12 participantes.
- Enviar uma nota aos participantes falando-lhes acerca do problema. Deverá ser incluído o enunciado do problema, o contexto, bem como algumas soluções e outras coisas que se revelem úteis para o caso.
- Começar por escrever o problema num quadro visível a todos os elementos pertencentes ao grupo.
- Falar, novamente, sobre as 4 regras principais do *brainstorming*.
- Requisitar novas ideias aos participantes pela ordem pela qual estes levantam a sua mão. Apenas uma ideia deve ser sugerida em cada momento.
- Ter um gravador, ou uma secretária de maneira a que se possa escrever e tomar nota das ideias.
- A sessão deve durar cerca de 30 minutos. Não deve durar quatro horas!
- Seleccionar um grupo para avaliação de três a cinco pessoas.
- Fornecer ao grupo a lista de ideias e dizer-lhes que sugiram e seleccionem as melhores ideias.

- Fornecer ao grupo original um relatório com as ideias selecionadas pelo grupo de avaliação e requisitar a submissão de quaisquer ideias adicionais estimulada pela lista.
- Dar a lista final de ideias à pessoa ou grupo de trabalho do projecto.

A maioria dos grupos de *brainstorming* são constituídos por três elementos:

- O líder.
- Os membros.
- Um secretário.

Devem ser escolhidas pessoas que tenham alguma experiência com o problema em causa. É necessário não misturar os chefes com os trabalhadores. Devem escolher-se pessoas que estejam no mesmo patamar da hierarquia na organização. A maioria das pessoas não se consegue libertar nem ser suficientemente criativo diante do seu chefe.

O líder de grupo deve ser familiar com o processo de *brainstorming* e ter facilidade em manter-se relaxado, e numa atmosfera descontraída.

O secretário deve ter facilidade na escrita rápida. Este vai ter que tomar nota de uma numerosa lista de ideias que vão ser geradas. As ideias não têm, necessariamente, de ser escritas exatamente da mesma forma que são ditas. O nome da pessoa que sugere as ideias não deve ser anotado, já que o anonimato encoraja a liberdade de expressão.

Brainstorming é uma boa forma de pensar e um bom caminho a seguir para a criação de um novo *slogan* para um produto, para um novo tema ou para uma campanha. Esta é uma boa forma de pensar e de encontrar ideias para uma história de um jornal ou para uma coluna de uma revista.

Deve-se utilizar esta técnica para problemas que tenham um final em aberto. Como em todas as técnicas criativas, o problema deve ser descrito em termos específicos para que ideias específicas possam ser geradas. Generalidades, mesmo as mais brilhantes, são raramente as soluções mais criativas.

Um problema de *brainstorming* deverá ter um grande número de possíveis soluções. A resposta nunca é demasiado restrita.

Enquanto um grupo típico de *brainstorming* deverá conter de seis a doze pessoas, o grupo de avaliação deve conter exatamente três, cinco ou sete pessoas.

Usando um número ímpar eliminam-se as possibilidades de empate quando é efetuada a votação das possíveis soluções.

Esta situação também ajuda quando é procurado um consenso ao invés da votação.

A composição dos membros desse grupo pode variar. Poderá consistir em pessoas que faziam parte do grupo de geração de ideias, ou na combinação de pessoas deste grupo com pessoas externas, ou de um grupo completamente novo de indivíduos.

Utilizar as mesmas pessoas poderá ter a vantagem de assegurar a familiaridade com o problema, enquanto o uso de um grupo de pessoas externas ao grupo original pode ter o benefício da maior objetividade.

Para Hikage, Carvalho e Laurindo (2003), a tarefa do grupo de avaliação é a de avaliar todas as ideias e selecionar as melhores para uma possível implementação ou estudo adicional. Depois do líder do grupo receber a lista de ideias do secretário, as ideias devem ser editadas em seguida, deve-se certificar e verificar que elas estão descritas claramente e estão concisas. As ideias devem ser organizadas segundo categorias lógicas (usualmente, estas categorias vão de cinco a dez) e apresentadas ao grupo de avaliação para revisão. É possível tornar este processo mais fácil e prático utilizando uma *checklist* organizada segundo determinados critérios como a simplicidade das ideias, menos custosas em termos de tempo e capital, e outros termos similares. O grupo de avaliação deve verificar as melhores ideias de forma a sujeitá-las a testes práticos.

1.5 Concepção moderna da GQ

De acordo com Paladini (2004), na questão da semântica em geral, moderna significa nova. Pode significar, também, atual, contemporânea. Note-se, contudo, que ambos os termos se referem ao momento vivido, ou seja, em pouco tempo o moderno pode se tornar velho, obsoleto, ultrapassado.

Segundo Paladini (2004), essa dependência em relação ao tempo causa diversos transtornos a quem atua em setores produtivos competitivos, em que se buscam inovações com extrema competência, persistência e até mesmo agressividade. Também aflige quem procura fixar conceitos que são dinâmicos por sua própria natureza, como é o caso da qualidade.

Neste sentido e como argumenta Frota (2008), é fundamental entender que os conceitos refletem a realidade atual que vivemos. Sua utilidade e validade, assim, referem-se muito mais a referenciais considerados naquele momento, que devem ser levados em conta no processo gerencial das organizações, do que a noções que norteiam a filosofia da qualidade de forma, se não permanente, pelo menos válida por longos períodos (PALADINI, 2004). Afinal, nos dias de hoje, mesmo políticas de longo alcance sofrem alterações em face de mudanças mais ou menos bruscas do mercado.

Além do fato de que é extremamente dinâmico, tanto em termos de conteúdo como, principalmente, de alcance, a palavra qualidade apresenta características que implicam dificuldades de porte considerável para sua perfeita definição. Não é um termo técnico exclusivo, mas uma palavra de domínio público. Isso significa que não se pode defini-la de qualquer modo, porque o termo é conhecido no cotidiano. Além disso, não é um termo empregado em contextos bem definidos (FROTA, 2008).

De acordo com Paladini (2004, p. 20), “[...] não se pode dizer que o fato de o termo qualidade ser de uso comum seja ruim”. Na verdade, isso pode decorrer de profundo esforço feito em passado recente para popularizar o termo. A questão é que os conceitos usados para definir qualidade nem sempre são corretos; ou, melhor, com frequência são incorretos.

Na visão de Paladini (2004, p. 20), “[...] esses aspectos são cruciais na Gestão da Qualidade. Fundamentalmente, por uma razão simples: o problema não está nos equívocos cometidos ao definir qualidade, mas nos reflexos críticos desses equívocos no processo de gestão”.

Portanto, definir qualidade de forma errônea leva a Gestão da Qualidade a adotar ações cujas consequências podem ser extremamente sérias para a empresa, e em certos casos, fatais em termos de competitividade.

1.6 Gestão da Qualidade: conceitos, métodos e estruturas

São descritos aqui, alguns modelos que a prática da Gestão da Qualidade tem consagrado como os mais adequados. Inicialmente, consideram-se alguns conceitos que, em conjunto com os referenciais expostos anteriormente, servem de base para a estruturação de políticas da qualidade.

Segundo Paladini (2004), nos últimos anos, várias têm sido as abordagens conceituais empregadas para definir qualidade. Em geral, todas confluem para os referenciais aqui já citados, ou seja, para o ajuste do produto à demanda que pretende satisfazer.

Ocorre, contudo, que a generalização do conceito da qualidade gerou restrições na forma de entender qualidade exclusivamente como adequação ao uso. A ideia é simples, esse modelo cria uma relação direta entre as áreas produtivas e os setores consumidores, sem considerar o ambiente global onde ambos estão inseridos. Daí surgirem outras duas abordagens conceituais além dessa. Além disso, esta mesma generalização acabou por ampliar a relação entre quem produz e quem consome, criando enfoques mais amplos, que generalizam essa interação.

Desta forma, Frota (2008) considera três conjuntos de abordagem conceitual da qualidade:

1. O modelo ampliado da adequação ao uso;
2. O modelo de impacto de produtos e serviços na sociedade como um todo;
- e,
3. O modelo da qualidade globalizada.

Segundo Paladini (2004), a ideia de que a qualidade envolve uma multiplicidade de itens decorre de uma visão ampla do que seja adequação ao uso. Segundo esse enfoque, são muitas as variáveis que o consumidor considera quando decide adquirir um produto ou utilizar um serviço.

A consideração dessas variáveis geram impactos estratégicos sobre a organização. O consumidor seleciona um produto ou um serviço pelas características que eles têm, mas a seleção de quais dessas características (ou de outras) estarão presentes nesse produto ou serviço é uma decisão da empresa.

Portanto, dessa decisão dependerá a venda e vender, como se sabe, é o componente estratégico fundamental, e disso depende a sobrevivência das empresas.

Frota (2008) sugere uma pergunta básica: o que o consumidor considera na hora de adquirir um bem ou um serviço?

Na visão de Frota (2008), essa é uma questão para a qual tem sido procurada resposta continuamente. Um dos modelos mais usados para criar conceitos para tanto foi fornecido por David Garvin quando, em 1984, definiu o que

ele considerou como abordagens conceituais fundamentais da qualidade.

É bem possível que, em um primeiro momento, Garvin tenha atirado no que viu e acertado em cheio no que não viu. Garvin pensava classificar os conceitos da qualidade em diferentes grupos. Assim, suas abordagens eram na verdade classes de conceitos entre aqueles disponíveis na literatura à época.

Como contribuição teórica, seu esforço foi bastante interessante. Mas, na prática, seu trabalho rendeu contribuição maior ao ser interpretado como razões de consumo, isto é, elementos que o consumidor considera ao adquirir um produto. Essa é a primeira questão básica para as quais as abordagens de Garvin definem uma resposta bem clara e precisa.

Deve-se considerar também um segundo aspecto que essas abordagens confirmam. A característica dinâmica do conceito da qualidade e as razões pelas quais um consumidor seleciona um produto hoje podem mudar amanhã. Podem também mudar de produto para produto, de pessoa para pessoa, de momento para momento, e assim por diante.

De acordo com Frota (2008), manter-se atualizado é um elemento necessário à sobrevivência da empresa, mas nem sempre isso é suficiente porque, quase sempre, o concorrente já está usando outras abordagens que podem resultar em perda de mercado para a empresa. A meta passa a ser, então, estar à frente, com uma visão de novas abordagens do conceito da qualidade sendo repassadas a produtos e serviços.

Segundo Paladini (2004, p. 73), “[...] há ainda uma terceira contribuição prática do trabalho de Garvin: cada enfoque pode ser visto como uma etapa pela qual a organização passa, no esforço de fixar seu produto ou serviço no mercado”. De fato, as abordagens de Garvin podem ser consideradas como um conjunto de ênfases que a qualidade vai tendo simultaneamente às atividades de concepção, projeto, fabricação e comercialização do produto.

O desenvolvimento do processo produtivo, o histórico das decisões gerenciais da empresa ou seu modo de atuação no mercado, vão gerando um modelo evolutivo da organização, cuja avaliação, periódica e cuidadosa, pode mostrar se a empresa está avançando em direção a produtos que se ajustam mais ao uso ou, ao contrário, esses produtos perdem competitividade porque não representam melhoria para o mercado consumidor.

De acordo com Paladini (2004, p. 73), “[...] em linhas gerais, as cinco

abordagens originais de Garvin são descritas a seguir, revestidas dessa nova visão, ou seja, como elementos de decisão do consumidor na hora de adquirir um produto ou serviço”. Isso equivale a responder à seguinte pergunta: por que o consumidor adquire determinado produto? A seguir, são listadas cinco respostas possíveis.

1. Confiança no processo de produção;
2. Aceitação do produto;
3. Valor associado ao produto;
4. Confiança na imagem ou na marca, e;
5. Adequação ao usuário.

Portanto, para cada uma delas existe uma abordagem, um método aplicável e uma determinada estrutura organizacional que pode influenciar na decisão do cliente.

1.7 Aplicação da GQ no processo produtivo

Segundo Paladini (2004), de todos os componentes operacionais das organizações que sofreram alterações por força da adoção do conceito da Qualidade Total, o que registrou o impacto mais visível foi a Gestão da Qualidade no processo. O autor destaca que,

Esse modelo gerencial centra sua atenção no processo produtivo em si, partindo do pressuposto segundo o qual a qualidade deve ser gerada a partir exatamente das operações do processo produtivo. Pode-se observar que esse pressuposto encerra o primeiro e mais elementar princípio de produção da qualidade, para o qual se direciona todo o empenho de quem busca formas adequadas para tal objetivo. Nota-se, com efeito, que a maioria das estratégias desenvolvidas para tanto prioriza o processo produtivo. Foi apenas mais recentemente que começou o esforço de criar técnicas que visam analisar outros elementos fundamentais da qualidade. O exemplo mais usual desse novo contexto é a atenção dispensada à ação de concorrentes, reflexo do clima de competitividade em que as empresas mergulharam. (PALADINI, 2004, p. 38).

A atenção ao processo produtivo foi um estágio posterior do desenvolvimento da Gestão da Qualidade em sua totalidade. Paladini (2004, p. 39) ressalta que, “[...] por muito tempo a qualidade era avaliada em produtos e serviços, centrando-se a atenção em resultados de atividades ou efeitos de ações bem definidas”.

Por essa razão, se buscava conferir confiabilidade à análise da qualidade no produto. Havia o entendimento de que essa era a forma pela qual o cliente avaliava

toda a empresa. Nesse sentido, todo o esforço da empresa visava à qualidade do produto acabado. Era uma forma rudimentar de entender os padrões da qualidade adotados pelo cliente.

Há quem considere que o esforço para agregar qualidade ao processo produtivo gerou uma nova era no esforço pela qualidade. Criaram-se, a partir daí, novas prioridades e novas posturas gerenciais. A ênfase, agora, era a análise das causas e não mais a atenção exclusiva a efeitos. Nesse novo contexto, surge a Gestão da Qualidade no processo, definida como, Paladini (2004, p. 39), “[...] o direcionamento de todas as ações do processo produtivo para o pleno atendimento do cliente”.

Visando viabilizar um roteiro prático para a Gestão da Qualidade no processo, se envolveu a implantação de atividades agrupadas em três etapas: a eliminação de perdas; a eliminação das causas das perdas e a mudança do processo (PALADINI, 1995).

Os quadros 1, 2 e 3 a seguir resumem as características de cada etapa:

Quadro 1 – Procedimentos para eliminação de perdas – Etapa 1

Eliminação de perdas	
Atividades Características	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminação de defeitos, refugos e retrabalho. 2. Emprego de programas de redução dos erros da mão de obra. 3. Esforços para minimizar custos de produção. 4. Eliminação de esforços inúteis (como reuniões inconclusivas),
Natureza das Ações	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Corretivas (visam eliminar falhas do sistema). ➤ Ações direcionadas para elementos específicos do processo. ➤ Alvo: limitado, bem definido. ➤ Resultados: imediatos.
Prioridade	Minimizar desvios da produção.
Observações	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não se acrescenta nada ao processo. ➤ Eliminam-se desperdícios.

Fonte: Adaptado de Paladini (2004).

Na etapa 1 do quadro 1, podemos observar que o foco se concentra na eliminação de perdas. Onde as atividades características, a natureza das ações, as prioridades e as observações, são feitas para se mapear os principais problemas.

Quadro 2 – Procedimentos para eliminação das causas de perdas – Etapa 2

Eliminação das causas de perdas	
Atividades Características	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudo das causas de ocorrência de defeitos ou situações que favorecem seu aparecimento. 2. Controle estatístico de defeitos (exemplo: frequência de detecção relacionada a ambiente ou a condições de ocorrência). 3. Desenvolvimento de projetos de experimentos voltados para a relação entre causas e efeitos. 4. Estruturação de sistemas de informações para monitorar a produção e avaliar reflexos, no processo, de ações desenvolvidas (como eliminar estoques para compensar perda de peças).
Natureza das Ações	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preventivas. ➤ Ênfase: eliminar causas de falhas do sistema. ➤ Meta: corrigir o mau uso dos recursos da empresa. ➤ Ações direcionadas para áreas ou etapas do processo de produção, setores da fábrica ou grupo de pessoas. ➤ Alvo: obter níveis de desempenho do processo produtivo em função de ações que foram desenvolvidas. ➤ Resultados: médio prazo.
Prioridade	Evitar situações que possam conduzir a desvios da produção, eliminando-se elementos que a prejudiquem e gerando-se condições mais adequadas para seu funcionamento normal.
Observações	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aqui, considera-se perda toda e qualquer ação que não agrega valor ao produto (perda = qualquer ação que não aumente a adequação do produto a seu uso efeito). ➤ Esta etapa requer atividades de difícil implantação e de avaliação mais complexa, mas aqui pode-se visualizar se estão ocorrendo melhorias em termos da qualidade.

Fonte: Adaptado de Paladini (2004).

Na etapa 2, mostrada no quadro 2 acima, observa-se que o foco concentra-se agora na eliminação das causas das perdas e problemas observados no quadro anterior.

Em seguida, na terceira e última etapa o foco fica centrado na mudança do processo, como pode ser visto no quadro 3.

Quadro 3 – Procedimentos para mudança do processo – Etapa 3

Mudança do processo	
Atividades Características	<ol style="list-style-type: none"> 1. Novo conceito da qualidade, eliminando a ideia de que qualidade é a falta de defeito, mas sim, a adequação ao uso. 2. Aumento da produtividade e da capacidade operacional da empresa. 3. Melhor alocação dos recursos humanos da empresa. 4. Mudança dos recursos da empresa (como materiais, equipamentos, tempo, energia, espaço, métodos de trabalho ou influência ambiental). 5. Adequação crescente entre produto e processo; processo e projeto e mercado. 6. Estruturação de sistemas de informações para a qualidade.

Natureza das Ações	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividades destinadas a gerar resultados benéficos à organização de forma permanente. ➤ Resultados de longo prazo. ➤ Ações abrangentes, dirigindo-se para todo o processo (alvo a atingir). ➤ Atuação tanto em termos de resultados individuais de áreas, grupos de pessoas ou setores, como na interface entre eles, enfatizando contribuições (individuais ou coletivas) para o resultado global do processo.
Prioridade	Definir potencialidades da produção, enfatizando o que o processo tem de melhor hoje e o que é capaz de melhorá-lo ainda mais.
Observações	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Está é a única etapa que agrega, efetivamente, valor ao processo e, conseqüentemente ao produto.

Fonte: Adaptado de Paladini (2004).

De acordo com Paladini (2004), esta última etapa envolve a noção de melhoria contínua, típica da Qualidade Total. Outro aspecto relevante a considerar é o direcionamento do processo aos objetivos globais da organização. Em termos gerenciais, isso significa harmonizar metas operacionais, táticas e estratégicas.

As etapas listadas em cada quadro desenvolvem-se de forma evolutiva. Cada uma visa de alguma forma, incrementar a adequação do produto ao uso, das maneiras destacadas a seguir:

- a) Eliminados os defeitos destacados no quadro 1, garante-se um produto em condições de ser efetivamente utilizado;
- b) Eliminadas as causas evidenciadas no quadro 2, garante-se maior confiabilidade ao produto; e,
- c) Melhorando o processo mostrado no quadro 3, garante-se um produto com melhor eficiência e eficácia.

Segundo Paladini (2004), a Gestão da Qualidade no processo caracteriza-se por alterações no processo produtivo para atingir objetivos bem definidos a alcançar.

A prática tem mostrado que, se bem conduzida, a Gestão da Qualidade no processo gera mudanças que têm efeitos didáticos e psicológicos muito positivos. Esses efeitos são mais imediatos e visíveis na primeira fase, quando os resultados são rápidos e melhores caracterizados. Ao mesmo tempo em que se enfatiza a relação entre causas e efeitos, cria-se a certeza de que a qualidade no processo produz resultados benéficos para todos os envolvidos.

Na verdade, o que se tem aqui são resultados de fácil percepção, mas de forte impacto, que envolvem áreas sensíveis da empresa. Esses resultados têm efeito motivacional intenso, útil nas fases seguintes, em que o empenho requerido

para a promoção de melhorias torna-se mais intenso.

De acordo com Paladini (2004), a Gestão da Qualidade no processo gerou alguns princípios simples de operação. Os mais usualmente citados são os seguintes:

- Não há melhoria no processo se não houver aumento da adequação ao uso do produto;
- Quem avalia melhorias no processo é o consumidor final do produto;
- Tudo o que se faz no processo pode ser melhorado;
- Ações que não agregam valor ao produto são desperdícios e por isso devem ser eliminadas;
- Ações normais não podem gerar nenhuma falha, erro, desperdício ou perda;
- A complexidade das operações não é sinônima de maior chance de defeitos;
- O envolvimento de muitas pessoas ou recursos não significa maior probabilidade de desperdícios;
- O ritmo intenso das atividades não pode ser visto como razão para maiores índices de perdas;
- Não há área ou elemento do processo produtivo que não seja relevante para a qualidade.

Esta prática também na visão de Paladini (2004) nos ensina quais os indícios mais usuais da gestão inadequada da qualidade no processo:

- Desorganização do processo produtivo, com operações duplicadas, por exemplo;
- Custos elevados de produção;
- Níveis de estoque interno altos;
- Necessidade frequente de retrabalho;
- Ordens contraditórias no processo;
- Níveis altos de defeitos;
- Frequente uso de equipamentos para ações de reprocessamento;
- Projeto de trabalho que consome mais tempo na prática do que aquele previsto;

- Muitas rejeições;
- Perda de insumos por uso indevido (energia elétrica, por exemplo);
- Incapacidade de prever corretamente o tempo de execução de operações;
- Planejamento da produção com necessidade de frequentes alterações, causadas por falhas de processo;
- Ocorrência constante de atrasos na finalização de lotes ou grupos de peças;
- Uso de mais recursos do que o necessário para cobrir perdas que são previstas como normais;
- Trabalho muito concentrado em certas épocas e escasso em outras;
- Erros de manuseio que geram perdas de materiais;
- Paralisações constantes do processo de produção;
- Necessidade de produzir pequenos lotes para atender furos de programação da produção;
- Desperdícios em termos de pessoal (exemplos: paradas na linha por falta de pessoal, realocação para outros setores a fim de contornar situações geradas por defeitos, falhas ou perdas);
- Erros na pré-operação ou no ajuste de equipamentos que geram condições inadequadas de operação.

Portanto, a Gestão da Qualidade no processo deve ser inserta na Gestão da Qualidade. Em outras palavras, a meta das mudanças do processo deve sempre contemplar maior adequação do produto ao uso. Dessa forma, fica caracterizado o objetivo básico da Gestão da Qualidade no processo (atenção ao cliente) e definida a estratégia que se pretende para atingi-lo (melhoria do processo produtivo).

1.8 Gestão da Qualidade no setor de serviços

Segundo Frota (2008, p. 76), “[...] quase todas as organizações, em maior ou menor grau, produzem ou fornecem um composto de bens e serviços, resultando num “pacote” oferecido ao cliente”. Empresas tipicamente industriais possuem serviços internos que irão dar suporte às funções de manufatura, como por exemplo, manutenção, serviços de alimentação coletiva e segurança industrial.

Face ao exposto, Frota (2008, p 77) explica que “[...] grande parte dos serviços internos tem sido terceirizado, a fim de concentrar recursos no foco principal da organização”. As indústrias também podem ter serviços externos que são oferecidos ao cliente final, tais como: assistência técnica e distribuição física de produtos.

Dessa forma, pode-se dizer que qualidade em serviços tem a ver com pessoas. Instalações, processos internos e bens facilitadores também são importantes; a excelência é um todo, no entanto, o fator humano se sobressai. Qualidade em serviços significa qualidade em gestão de pessoas (FROTA, 2008).

Empresas de serviços no Brasil ainda apresentam, em sua maioria, índices modestos de satisfação de clientes em relação ao serviço que prestam e os índices de reclamação são grandes especialmente os relativos a serviços públicos, de telecomunicações e bancários.

Na visão de Frota (2008), administrar as operações de serviços pode agregar valor ao que o cliente percebe do serviço. Não adianta, também, ter uma boa equipe de profissionais se os processos são lentos e atrapalham a empresa em termos de velocidade, flexibilidade, custo e qualidade, que são instrumentos de vantagem competitiva. Os funcionários terão maior oportunidade de colocar seu talento em prática quando os processos internos são eficientes.

Ainda citando Frota (2008), ambientes de pouco reconhecimento ou que não apresentam boas condições de trabalho serão uma fonte pobre de estímulos à motivação pessoal e ao comprometimento com os objetivos da empresa.

Conforme dito anteriormente, a responsabilidade dos profissionais de serviço, especialmente os de *front-office*, é grande. Isto justifica que a empresa reconheça e demonstre que os valoriza, podendo ser feito através de gestão participativa, remuneração variável, oportunidades de ascensão profissional, programas de qualidade de vida no trabalho, dentre outros (PALADINI, 2004).

Para Frota (2008, p. 78), “[...] ouvir as pessoas, assim como se deve ouvir o cliente em função dos subsídios que uma reclamação pode dar ao gestor, os funcionários também devem ser ouvidos, pois suas críticas e sugestões podem ser excelentes oportunidades de melhoria do negócio”.

Segurança, remuneração e benefícios são, sem dúvida, importantes, entretanto, boa remuneração por si só não é garantia de satisfação e comprometimento, apesar de ser uma das formas de reconhecimento profissional,

(PALADINI, 2004). Estar encantado com o que se faz é, em longo prazo, até mais significativo para o funcionário e mesmo para o cliente, pois ele percebe quando está sendo atendido por alguém que gosta do que faz.

Frota (2008, 79) destaca que,

Uma situação comum relacionada à má qualidade em serviços; acontece quando um cliente vai a uma loja e logo que entra é abordado por um vendedor muito simpático. Quando o cliente informa que deseja efetuar uma troca, seu suplício começa. O vendedor pede para que ele o aguarde e vai atender outro cliente, e após aguardar por bastante tempo, se encaminhou o outro vendedor, que o recebeu e foi sensível a sua reclamação e realizou a troca. Uma simples troca que demoraria alguns poucos minutos arrastou-se por quase 25 minutos em razão do total descaso e desrespeito ao consumidor.

A mesma situação ocorre na prestação de serviços no setor público. Não são raras às vezes em que se depara com situações onde existem vários servidores ociosos, enquanto um ou outro acaba por tomar para si a responsabilidade que deveria ser de todos. Situação como a mencionada dificilmente aconteceria no setor privado.

As empresas prestadoras de serviços por sua vez, possuem produtos que podem ser ou não oferecidos aos seus clientes. Algumas empresas de serviços utilizam materiais que são consumíveis no processo de prestação do serviço (material de limpeza em hotéis, seringas em laboratórios de análises clínicas, e outros), mas não fazem parte do pacote oferecido ao cliente.

Outros serviços, entretanto, incluem produtos como parte do pacote oferecido ao cliente (como por exemplo, documentos emitidos por instituições bancárias). De acordo com Slack *et al.* (1999), estes são os “bens facilitadores”.

Frota (2008) considera que alguns prestadores de serviços oferecem produtos que podem ser considerados mais que facilitadores. As comidas em alguns restaurantes ou as roupas em uma loja de varejo são tão importantes quanto os serviços oferecidos pelo restaurante ou pela loja.

Por isso, Giansesi e Corrêa (1996 *apud* SANTOS *et al.*, 2009, p. 150), “[...] consideram irrelevante a separação entre indústrias de manufatura e empresas de serviços, para fins de apoio à gestão de operações”. A identificação do serviço, propriamente dito, irá permitir um gerenciamento de serviços muito mais adequado, levando em consideração as características especiais que os diferenciam da manufatura.

Segundo Frota (2008, p. 82), “[...] normalmente, uma organização tem

pouco ou nenhum controle sobre as ações e comportamentos que o cliente assume ao participar da produção do serviço”. Além disso, os funcionários e os outros recursos que interagem com o cliente podem variar significativamente em diferentes ocasiões para um mesmo tipo de serviço. Por isso, muitos autores apontam a variabilidade como mais uma característica específica dos serviços (KOTLER; ARMSTRONG, 1993; GRÖNROOS, 1995).

Os serviços tendem a ser mais variáveis do que os produtos manufaturados. Porém, não se pode considerar uma maior tendência de variabilidade como uma característica inerente aos serviços. Frota (2008) nos leva a observar que isso pode induzir os administradores de serviços a se “conformarem” com essa “característica inerente”, inibindo os esforços para a redução da variabilidade a fim de garantir um serviço consistente ao usuário.

Dessa forma, pode-se considerar que a variabilidade é uma tendência nos serviços e não uma característica inerente. É interessante ressaltar mais uma característica que Grönroos (1995) evidencia, afirmando que os serviços não são “coisas”, mas uma série de atividades ou processos.

Para entender melhor a natureza dos serviços e suas implicações na gestão de operações, é necessário um bom entendimento do sistema de produção de serviços. Devido a esse grande desafio de trabalhar nas organizações de serviços, torna-se necessário compreender as características dos mesmos.

Os serviços são definidos como sendo toda atividade ou benefício, de caráter intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulte na posse física de algum bem (KOTLER, 1999). O serviço é uma mercadoria comerciável, que não se pega, não se cheira e não se apalpa não se experimenta antes de comprar e que permite satisfações que compensa o dinheiro gasto na realização de desejos. (RATMEL, 1974 *apud* LOBOS, 1991).

Entre as características que mais se destacam na prestação dos serviços, registra-se quatro (FROTA, 2008):

1. Intangibilidade – Os serviços são intangíveis porque não podem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de serem comprados. Por exemplo, os clientes cidadãos que buscam atendimento no setor de pessoal de uma universidade têm apenas a promessa de que sua petição será atendida no prazo estipulado. Para reduzir a incerteza, os clientes cidadãos procuram

'sinais' de qualidade de serviço. Tiram suas conclusões sobre a qualidade a partir de tudo que puderem observar sobre o lugar, as pessoas, o equipamento, o material de comunicação e até mesmo o prazo estimado. Portanto, a tarefa do prestador de serviços é tornar esses serviços tangíveis de várias maneiras.

2. Variabilidade – Os serviços são altamente variáveis; sua qualidade depende de quem os proporciona e de quando, onde e como são proporcionados. No setor público, por exemplo, alguns servidores têm fama de atender bem em relação a outros. No Departamento de Pessoal de uma Universidade, o servidor que cuida da recepção dos clientes cidadãos pode ser simpático e eficiente, enquanto outro a dois passos dali pode ser desagradável e lento. Mesmo a qualidade do serviço de um único servidor pode variar de um dia para o outro, de acordo com sua energia e disposição no momento de contato com cada cliente cidadão.

3. Inseparabilidade – Enquanto os produtos físicos são fabricados, estocados, mais tarde vendidos e, por fim, consumidos, os serviços são primeiro vendidos, depois produzidos e consumidos ao mesmo tempo. Em serviços, produção e consumo são simultâneos. Serviços são inseparáveis daqueles que os fornecem, sejam pessoas ou máquinas. Se um servidor presta serviços, ele é parte do serviço. Quando ele eventualmente comete um erro, o cliente já recebe o serviço defeituoso por conta da simultaneidade. Como o cliente também está presente quando o serviço é produzido, a interação fornecedor/cliente é um aspecto especial na qualidade desse serviço.

4. Perecibilidade – Os serviços são perecíveis e não podem ser estocados para vendas ou uso futuros. Quando a demanda é constante, o fato de os serviços serem perecíveis não causa maiores problemas; mas quando são flutuantes, os problemas podem ser graves. Por exemplo, as empresas de transporte público são obrigadas a manter muito mais equipamento devido à demanda na hora do *rush* do que manteriam se a demanda fosse uniforme durante todo o dia.

Frota (2008), também considera que diversas razões justificam o interesse pela implantação da filosofia da qualidade em uma organização de serviço, porém as mais poderosas são:

1. O aumento das exigências por parte dos clientes;
2. O grande desperdício;

3. O aumento da competição, e;
4. A vulnerabilidade estratégica.

As organizações de serviços necessitam sobreviver e um dos caminhos adotados atualmente é a definição de uma política voltada para a qualidade. Para desenvolver um sistema da qualidade voltado para o setor de serviços, Bonne e Kurtz (1998) apontam cinco variáveis, sendo:

1. Tangibilidade: relacionado às evidências físicas do serviço;
2. Confiabilidade: relacionado à consistência de desempenho e do grau em que se pode contar com o serviço;
3. Presteza: relacionado ao desejo e ao grau de prontidão dos funcionários para prestar o serviço;
4. Garantia: relacionado à segurança dada pelo prestador de serviços;
5. Empatia: relacionado aos esforços do prestador para entender às necessidades dos clientes e individualizar a prestação do serviço.

Para que as expectativas dos clientes sejam atendidas, Schomberger (1993, p. 26), registra que quando se trata de qualidade em prestação de serviços, dez dimensões devem ser consideradas:

1. Confiabilidade – Confiança e consistência de desempenho;
2. Receptividade – Rapidez ou disposição em prestar serviço;
3. Competência – Conhecimentos necessários e posse das habilidades para prestar o serviço;
4. Acesso – Afabilidade e facilidade de contato;
5. Cortesia – Respeito, educação, consideração pela propriedade, aparência limpa e asseada;
6. Comunicação – Instruir e informar os clientes em linguagem que possam ser ouvidas e entendidas pelos usuários;
7. Credibilidade – Honestidade, credibilidade, tendo em mente o melhor interesse do cliente;
8. Segurança – Ausência de perigo, risco ou dúvida;
9. Compreensão – Conhecer e entender as necessidades específicas dos clientes e dar atenção individualizada;
10. Tangíveis – a evidência física do serviço (instalações, ferramentas,

equipamento).

Neste sentido, através dessas dimensões, os autores querem mostrar os pensamentos dos clientes a respeito da qualidade de serviço, servindo de orientação para definir ações voltadas para o desenvolvimento de um sistema da qualidade no setor.

Por todas essas razões que, quanto mais próximo o sistema da qualidade a ser desenvolvido nas organizações de serviços estiverem das cinco primeiras variáveis e dimensões da qualidade descritas anteriormente, maior é a tendência do sistema da qualidade ser mais dinâmico, resultando em grandes benefícios para as organizações.

Assim, observa-se que quando um sistema de qualidade é implantado em uma organização de serviços, várias armadilhas aparecem, e devem ser vencidas no decorrer da maturação e avaliação contínua do sistema implantado. As armadilhas mais frequentes são (LOBOS, 1991, p. 60):

- Sensibilidade e motivação dos funcionários sem um acompanhamento eficaz;
- Desconhecimento do cliente;
- Processo de comunicação informal;
- Capacitação dos recursos humanos sem a compreensão do cliente;
- Qualidade apenas por modismo;
- Pessoa errada no comando do sistema da qualidade;
- Responsabilizar em vez de cooperar e ajudar;
- Excesso de procedimentos e normas;
- Pouca ou nenhuma divulgação das mudanças e resultados obtidos no andamento do programa;
- Condições organizacionais que impedem o sucesso das melhorias dos serviços.

Portanto, observadas as armadilhas acima descritas, nota-se que as empresas de serviços devem se diferenciar pela qualidade, contudo, definir qualidade em serviço não é fácil, pois quem define o que é o não serviço de qualidade é o consumidor e tal conceito depende do valor percebido por ele.

Logo, é essencial se definir o nível de serviço e comunicá-los, claramente, a todos os empregados e clientes. O que provoca resultado positivo em uma empresa prestadora de serviços é o valor percebido pelo cliente.

Segundo Frota (2008, p. 71), “[...] o que difere nos serviços é a natureza das características utilizadas na avaliação”. Por isso, é possível distinguir três perspectivas de classificação das propriedades dos serviços:

1. Propriedades de experiência – características intangíveis, experimentadas após ou durante o consumo do serviço – confiabilidade, receptividade, acesso, cortesia, comunicação, competência;
2. Propriedades de credibilidade – características que o cliente pode ter dificuldade de avaliar mesmo após a compra e o consumo – credibilidade e segurança;
3. Propriedades de pesquisa – características tangíveis e conhecimento do cliente.

A qualidade do serviço dependerá do grau das ações desenvolvidas pela empresa, no sentido de conhecer as expectativas dos clientes e assegurar que as mesmas possam ser atendidas durante a realização do serviço.

Segundo Cobra (2001, p. 182), nas empresas prestadoras de serviços alguns pontos devem estar continuamente em análise: “a concepção do serviço, o valor percebido pelo cliente, um preço competitivo, a venda com foco do cliente, a busca da produtividade em vendas e na entrega e a reavaliação da concepção do serviço”.

Ao se estudar a qualidade em empresas prestadoras de serviços, é importante registrar que um aspecto essencial a ser abordado é a qualidade da informação. Albrecht (1999) aponta três revoluções referentes à qualidade, que são qualidade do produto, qualidade do serviço e qualidade da informação, todas elas voltadas para gerar a competitividade das organizações. Neste sentido, o autor trata da revolução da qualidade da informação, propondo um modelo de qualidade que se baseia em cinco pontos (ALBRECHT, 1999):

1. Logística de dados – considera a infraestrutura para o armazenamento de dados;
2. Proteção de dados – são todos os elementos necessários para proteger as informações de perda, destruição, roubo, adulteração ou sabotagem;

3. Comportamento das pessoas em relação à informação – aquilo que as pessoas fazem trabalhando com dados e informações, obtenção de informações e fornecimento de informações a outras;
4. Apresentação da informação – com o uso de *softwares* ou outras ferramentas pode-se criar novas informações e conhecimentos, transformando a informação-chave em formato que tenha significado;
5. Criação de conhecimento – a capacidade humana de compreender e concluir a partir de informações existentes, como a construção de novos modelos, revisão de pontos de vista, inventos etc.

Albrecht (1999) sugere, ainda, um processo em quatro etapas para a conscientização das pessoas quanto à importância da garantia da qualidade da informação:

1. Avaliar corretamente todos os problemas e as oportunidades;
2. Priorizar o processo de mudança;
3. Reavaliar e redesenhar sistemas, processos e práticas, além do treinamento constante de pessoal;
4. Reintegração dos processos e comportamentos pessoais, tornando menos perceptíveis as ligações e os limites entre os vários processos de negócios, abrangendo o enxugamento, a simplificação e a integração dos mesmos, para alinhá-los, cada vez mais, com a meta do negócio.

Portanto, após as análises e pontos importantes destacados e aqui expostos segundo a visão de cada pesquisador da qualidade, se pode notar que existe um grande arcabouço de teorias que devem sempre ser consideradas para o bom desempenho da organização, seja ela pública ou privada.

1.8.1 Prestação de serviços na ótica da GQ

Segundo Paladini (2004), a área de prestação de serviços envolve a produção de serviços propriamente ditos e a estruturação de métodos. Ao contrário do caso industrial, não há possibilidade aqui de se separar, com nitidez, o processo produtivo da prestação do serviço, ambos se confundem.

Dessa forma, no ambiente de prestação de serviços a Gestão da Qualidade

centra-se fundamentalmente na interação com o usuário. É nesse processo interativo que a qualidade aparece.

De acordo com Paladini (2004), as características gerais da Gestão da Qualidade nesse ambiente são as seguintes:

- Produção e consumo são simultâneos e não há como definir onde termina uma e começa o outro;
- Os processos produtivos não possuem informações objetivas a respeito de suas operações, que nem sempre se repetem com frequência. Por isso, a gestão desses processos deve ser altamente flexível e adaptável a momentos, situações, contextos etc.;
- A Gestão da Qualidade é notadamente direcionada para ações em busca de maior contato com o cliente, definição de seus interesses, preferências, exigências, necessidades, conveniências, enfim, tudo o que ele possa considerar relevante no processo de prestação do serviço. Em um primeiro momento, portanto, a Gestão da Qualidade prioriza a eficácia; a seguir, a eficiência e a produtividade. O conceito elementar da qualidade nesse ambiente, assim, é o de perfeita adaptação do processo ao cliente;
- A avaliação da qualidade está centrada apenas em elementos, não há pontos de controle específicos que possam ser identificados. Os elementos envolvem sempre a interação com o usuário. Não há como empregar ações corretivas, apenas preventivas, baseadas em situações análogas ocorridas no passado. A Gestão da Qualidade, dessa forma, prioriza um projeto de avaliação global, que envolve qualquer aspecto da interação com o cliente. Enfatiza-se, também, a busca de um aprimoramento contínuo, sempre mais próximo do que efetivamente o cliente deseja. O modelo preventivo destaca mecanismos de rápida adaptação do processo às exigências expressas pelo cliente. Entre outros aspectos, esses mecanismos envolvem procedimentos de rápida reação a erros e falhas de atendimento. Para o cliente, a avaliação do serviço depende de como ele próprio se relaciona com a empresa, por exemplo, pelo suporte que recebe na execução do serviço (facilidades disponíveis, atenção no atendimento, pronta resposta às formulações e solicitações feitas etc.). A avaliação da qualidade de serviços e métodos nem sempre possui mecanismos de medição direta e, no mais das vezes, envolve

preferências, nem sempre bem definidas, e análises subjetivas. Além disso, não é possível centralizar a produção do serviço, o que, com frequência, compromete o controle pela falta de unicidade, similaridade e coerência dos métodos de avaliação. Como não há forma de inspecionar um serviço antes que ele seja prestado, nem sequer há meios de obter amostras do serviço, a Gestão da Qualidade não conta com procedimentos prévios de avaliação do serviço (ele é feito sempre ao vivo, nunca se pode recorrer ao *videotape*). Entre outras restrições, essa característica dos serviços compromete a fixação de padrões da qualidade;

- Nesse ambiente, a Gestão da Qualidade enfatiza o direcionamento da empresa para um modelo específico de relacionamento com o cliente. Esse aspecto confere ao modelo de atendimento uma característica específica, que diferenciará a empresa no mercado e possibilitará obter a fidelidade do usuário. A qualidade resulta do modelo de interação com o cliente. Por isso, concentra-se nele a atenção da Gestão da Qualidade;
- Em serviços e métodos, ocorre pequeno número de atividades de suporte e grande interação com o cliente. Nessas atividades interativas concentra-se a Gestão da Qualidade;
- O serviço não pode dispor da propriedade da estocagem. Isso requer um modelo de gestão que torne a oferta adequada à demanda. O serviço não tem como ser produzido antecipadamente; nem pode ser utilizado em momentos posteriores à sua geração. Se ocorrerem excessos de oferta haverá perdas, da mesma forma que haverá falta de atendimento se houver maior consumo que o esperado. Em ambos os casos, há aumento de custos. Cabe à Gestão da Qualidade evitar que isso ocorra, por meio de um processo de flexibilização (às vezes, nem sempre simples).

Frota (2008) ressalta que um elemento que altera inteiramente o processo de Gestão da Qualidade no setor de serviços é o fato de, por estar fisicamente presente em sua geração, o cliente interfere na produção de serviços. O atendimento pleno ao cliente, portanto, envolve expectativas expressas por ele durante o próprio processo e requer extrema flexibilidade, criatividade e capacidade de adaptação. A presença física do cliente durante o desenvolvimento do processo produtivo cria o que alguns

autores chamam de “coprodução” (TENNER e DETORO, 1992 p. 41; ALBRECHT e ZEMKE, 1985, p. 36-37), um mecanismo que permite rápida realimentação do processo, mas exige elevado grau de flexibilidade no processo gerencial.

Portanto, de acordo com Paladini (2004, p. 195), “[...] são as seguintes as principais características de serviços e métodos”:

- São intangíveis;
- Não podem ser “possuídos”;
- Não há estoques;
- Prevalece o ser humano como agente produtivo;
- Sua meta operacional é a flexibilidade;
- Enfatiza muito o valor percebido pelo usuário;
- Depende do efeito sistêmico de novos serviços;
- Considera-se fundamental avaliar a complexidade, a oportunidade, a conveniência e a abrangência do serviço oferecido. Esses itens tendem a ter valor estratégico para as organizações.

Ainda na visão de Paladini (2004), costuma-se cometer alguns equívocos ao definir um modelo de Gestão da Qualidade voltado para serviços e métodos. Os mais comuns são os seguintes:

- Persiste a ideia de que há serviços menos importantes, com menor relevância e, por isso, menos dependentes de boa qualidade. Isso se nota, com frequência, em algumas áreas “menos nobres” dos bancos, como o atendimento a usuários que não possuem poder aquisitivo significativo. Para esses casos, a diferença técnica entre consumidores e clientes deve ser fortemente levada em conta;
- Acredita-se que o serviço não requer tecnologia, sendo sempre artesanal. A automação de serviços tem sido um dos fatores crescentemente lembrados para destruir essa bobagem;
- Da mesma forma, supõe-se que o serviço dispensa aporte de capital.
- Continua sendo associada a prestação de serviços a ações de pequena escala. Uma agência de turismo que pense assim dificilmente sobreviverá;
- Ainda há quem adote a ideia de que o serviço dispensa estudo, análise e pesquisa. Por isso, deixa-se de ganhar dinheiro com ações estratégicas;

- Por fim, pensa-se que toda avaliação em serviços é subjetiva. Como se fosse questão de subjetividade uma pessoa receber um bom ou um mau atendimento em uma loja, por exemplo.

A tabela 3 a seguir, resume algumas diferenças básicas entre a Gestão da Qualidade na indústria e aquela criada em organizações de serviços e métodos.

Tabela 3 – Diferenças básicas entre Gestão da Qualidade na indústria e em serviços e métodos

Gestão da Qualidade na Indústria	Gestão da Qualidade em Serviços e Métodos
O esforço pela qualidade aparece no produto.	O esforço pela qualidade aparece na interação com o cliente.
Interação com clientes via produtos.	Interação direta com clientes.
Elevado suporte.	Baixo suporte.
Baixa interação.	Intensa interação.
Suporte ao produto (qualidade de produto).	Suporte ao cliente (qualidade de serviço).
Cliente atua ao final do processo produtivo.	Cliente presente ao longo do processo produtivo.
Produção e consumo em momentos bem distintos.	Produção e consumo simultâneos.
<i>Feedback</i> (retorno do usuário sobre o produto adquirido) pode demorar.	<i>Feedback</i> imediato.
Expectativas menos sujeitas a mudanças abruptas.	Expectativas dinâmicas.
Cliente tende a não influenciar o processo produtivo.	Cliente participa do processo produtivo.
Resulta de um conjunto de elementos (como máquinas e pessoas, por exemplo).	Resulta mais do desempenho dos recursos humanos.
Condições favoráveis à padronização.	Difícil padronizar.
Tende a uniformizar-se em médio prazo.	Difícil ter um modelo uniforme de execução.
Bens tangíveis podem ser patenteados.	Serviços e métodos não podem ser patenteados.
Bens tangíveis podem ser protegidos em relação a seus processos de fabricação e à forma final como são disponibilizados para comercialização.	Serviços e métodos não podem ser protegidos.

Fonte: Paladini (2004)

Segundo Paladini (2004), além destes itens elencados na tabela acima, deve-se considerar:

- Em ambientes de serviços e métodos mantêm-se os mesmos conceitos

da qualidade utilizados em ambientes industriais. Todavia, mudam-se as estratégias;

- Bens tangíveis muitas vezes são considerados apenas como a “personificação física” de serviços. De fato, ao adquirir um litro de leite, o usuário na verdade deseja o serviço prestado pelas características nutritivas do produto.

Em termos estratégicos, Paladini (2004, p. 197) contribui:

A produção de serviços parece ser o setor econômico que tem maior potencial atualmente, e manterá esta posição de destaque em curto prazo. Isso embora haja, estranhamente, quem ache que investir na qualidade do serviço não vale a pena, porque serviços não produzem empregos, riqueza ou renda. Basta lembrar que a atividade produtiva de maior impacto econômico no mundo hoje, o turismo, está nesta área.

Ainda em termos estratégicos é bom lembrar que a agregação de serviços a bens tangíveis (assistência técnica a eletrodomésticos), de serviços a novos serviços (exames laboratoriais na própria clínica médica), de métodos aos serviços (restaurantes que vendem receitas) ou de métodos a bens tangíveis (manual de melhor utilização de equipamentos) são as tendências mais naturais.

1.9 O estado da arte da GQ no setor público

De acordo com Falconi (1992), estudos modernos sobre a questão da qualidade no setor manufatureiro surgiram, a partir do notório desenvolvimento econômico atingido pelo Japão após a Segunda Guerra Mundial. Este fato trouxe para os grandes estudiosos do assunto a necessidade de novas pesquisas no que diz respeito ao fato de como um país arrasado pela guerra conseguiu se desenvolver tanto e atingir tal crescimento.

Nos Estados Unidos, estudos voltados para a excelência nos serviços públicos com ênfase na Gestão da Qualidade Total, tiveram grande avanço na década de 90.

Segundo Carr e Littman (1992), a gerência voltada para a qualidade total envolve um conjunto de princípios, ferramentas e procedimentos que fornecem diretrizes para a administração.

Ainda segundo Carr e Littman (1992, p. 3), “[...] na GTQ, qualidade significa

qualquer coisa que tenha valor para uma empresa de serviço público e seus usuários (isto é, aqueles que utilizam seus produtos e serviços)”. Esse conceito se difundiu e posteriormente foi aplicado no setor público brasileiro.

Nesse contexto, com relação ao setor público em nosso país, os primeiros trabalhos sobre o tema qualidade segundo Andriani (2001), surgiram a partir da década de 70, através das primeiras reflexões sobre o desgaste pelo qual o serviço público passava e a crescente insuficiência da administração pública em atender às necessidades de seu público alvo, os cidadãos.

Neste sentido, o foco passou a ser o cliente cidadão no final da década de 80. Posteriormente, parcelas do aparelho estatal brasileiro começaram a ser administradas por setores da esquerda. Estes governos procuraram aumentar a eficácia das instituições públicas através de estratégias metodológicas de gestão organizacionais mais condizentes com a sua visão para o papel do Estado.

Dentre as estratégias que surgiram nesta época, na América Latina, destaca-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Segundo Rutkowski (1998), o PES foi um método de planejamento estratégico governamental, desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, economista da Universidade do Chile, pós-graduado pela *Harvard University* (EUA) e um dos maiores estudiosos do tema planejamento.

O método utilizado por Matus foi baseado na sua experiência como Ministro do Planejamento do Governo Allende (1970-1973), no Chile e em seus estudos e críticas aos métodos de planejamento tradicionais, particularmente o planejamento normativo e o planejamento estratégico empresarial.

Um dos principais objetivos de Matus era dar às organizações governamentais um instrumento gerencial capaz de proporcionar às diversas áreas um maior grau de visibilidade para definir metas, identificar e centrar seus esforços de trabalho naqueles programas, atividades e projetos que iriam concretizar os produtos e serviços principais de cada área, a fim de se obter a eficácia técnica e política ansiada pelos cidadãos.

Nesse contexto, de acordo com Rutkowski (1998), o método começou a ser introduzido no Brasil, no final da década de 80, a partir do empenho do Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Econômico (CENDEC), órgão integrado ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para renovar os conceitos de planejamento governamental predominantes à época.

Para o criador do método, se a gestão da qualidade veio reformular o

mundo da produção a fim de adequá-lo a um novo mercado, o PES surgiu para organizar o Estado a fim de capacitá-lo a desenvolver políticas públicas condizentes com as consequências deste novo contexto mundial emergente.

Na visão de Matus, o PES poderia lidar com uma maior complexidade dos sistemas nacionais, derivada de uma crescente diversificação produtiva e a concomitante evolução de suas estruturas organizacionais, novas estratégias metodológicas capazes de instrumentalizar a gestão pública para os desafios colocados.

Assim, surge no Brasil o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), criado pelo Governo Federal em 90, que se destinava à busca da eficácia na administração pública brasileira através da discussão e introdução dos novos modelos e ferramentas de gestão visando à melhoria contínua no setor público.

Segundo Mendes e Pereira (1996), o PBQP não apresentou o resultado esperado. Seus entraves ou gargalos produtivos se deram na descontinuidade da política administrativa, na dificuldade de comprometimento do funcionalismo público, na falta de clareza nos objetivos da proposta e da necessidade compulsiva de resultados políticos de curto prazo, que têm marcado a gestão da coisa pública em nosso país.

Posteriormente, na mesma linha de busca pela excelência em Gestão Pública, o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), na conjuntura do PBQP, criou o Subprograma da Qualidade e Produtividade da Administração Pública a fim de inserir programas de qualidade nos órgãos e entidades públicas no que se refere à gestão dos recursos públicos e atendimento às demandas sociais.

Um dos principais objetivos do programa seria orientar as organizações públicas para um processo de avaliação e verificação do grau de adesão de suas práticas gerenciais a um referencial de gestão tomado como ideal (ANGELIM, 2003).

O foco desse subprograma, a princípio, era interno e com base em técnicas e ferramentas da qualidade. Em 1996, tornou-se um programa e seu foco passou a ser interno e externo com base em gestão e resultados. Adotou como estratégia principal a avaliação e a premiação.

Em 2000, seu foco passou a ser externo e com base na satisfação do cidadão, na qualidade dos serviços, no desenvolvimento de projetos específicos como a avaliação da satisfação dos usuários do serviço público, a geração e

divulgação de padrões de atendimento ao cidadão e o fomento à criação de unidades integradas de atendimento. (FERREIRA, 2003).

De acordo com Brasil (2006b), o Programa passou a cumprir a função de ser o principal instrumento para a mudança de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial. O mesmo foi se aprimorando até o surgimento do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA.

O GESPÚBLICA foi instituído em 2005 pelo Decreto nº 5.378 (BRASIL, 2005), com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos e o aumento da competitividade do País. Sua missão é promover a gestão pública orientada para resultados. O programa visa contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados ao cidadão e o aumento da competitividade do país (BRASIL, 2006a).

O GESPÚBLICA é hoje um programa do Governo Federal vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), voltado para a avaliação da gestão e a melhoria contínua das organizações públicas.

O Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP) tem como pilares os fundamentos da excelência gerencial:

- Pensamento sistêmico;
- Liderança e constância de propósitos;
- Visão de futuro;
- Comprometimento com as pessoas;
- Responsabilidade social;
- Orientação por processos e informações;
- Gestão participativa;
- Controle social;
- Desenvolvimento de parcerias;
- Geração de valor;
- Cultura organizacional; e
- Aprendizagem organizacional.

Pode-se dizer que quatro marcos caracterizaram a evolução do GESPÚBLICA, conforme figura 7 a seguir:

Figura 7 – Marcos do GESPÚBLICA

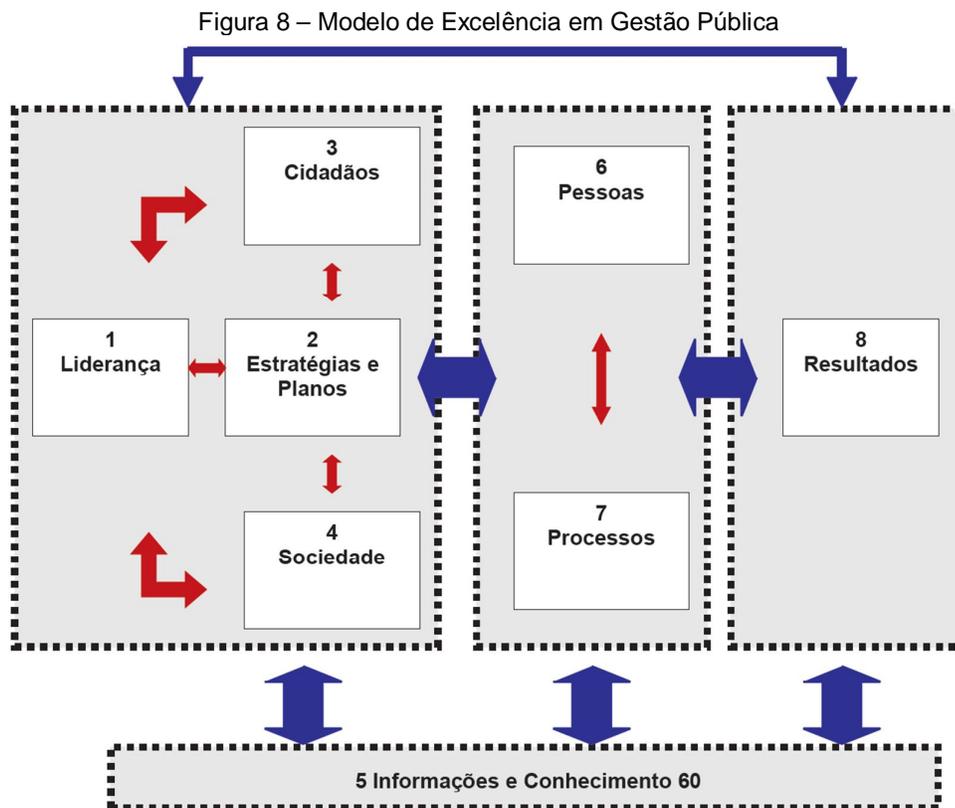


Fonte: Adaptado de Brasil (2006a).

O GESPÚBLICA possui o Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP) que orienta as organizações na busca de transformações no âmbito da gestão e avalia o desempenho dessas organizações públicas. O MEGP é formado por oito critérios que se dividem em quatro principais blocos, a saber:

- Bloco I denota-se a fase de planejamento constituído de 4 critérios: liderança, estratégia e plano, cidadãos e sociedade;
- Bloco II denota-se a fase de execução constituído de 2 critérios: processos e pessoas;
- Bloco III denota-se a fase de controles constituído de 1 critério: resultados;
- Bloco IV denota-se a fase de inteligência da organização constituído de 1 critério: informações e conhecimento.

A figura 8 ilustra a representação do MEGP com seus oito critérios organizados em quatro blocos.



Fonte: Instrumento para avaliação da gestão pública – Ciclo 2008/2009 (2008)

O MEGP possui o Instrumento de Avaliação de Desempenho da Gestão Pública (IAGP) que define itens de análise. Cada avaliação percorre um ciclo de aprendizagem estabelecido como:

- Definição das práticas de gestão;
- Implementação (e ciclo de controle);
- Avaliação das práticas e dos padrões;
- Inovação e refinamento da prática.

O sistema de pontuação determina o estágio de maturidade da gestão da organização nas seguintes dimensões:

- a) De processos gerenciais;
- b) Resultados organizacionais;
 - i. **Processos gerenciais:** são avaliados fatores “enfoque” (adequação aos requisitos definidos e capacidade de antecipar aos fatos), “aplicação:” (implementação das práticas e continuidade delas),

“aprendizado” (aperfeiçoamento decorrentes de processos de melhorias) e “integração” (relação harmônica e cooperativa das estratégias, objetivos e áreas da organização);

- ii. **Resultados organizacionais:** são avaliados fatores “relevância” (importância do resultado para a organização), “tendência” (resultados ao longo prazo) e “nível atual” (grau de atendimento aos requisitos das partes interessadas e comparação com o desempenho de outras organizações). A mensuração de desempenho no GESPÚBLICA é realizada de forma qualitativa e quantitativa (por meio de uma escala numérica).

Todos estes programas visavam e visam melhorias no setor público. No caso do GESPÚBLICA, que é implementado atualmente pelo governo federal, a visão da qualidade no atendimento ao chamado cliente cidadão é o alicerce deste modelo que busca a excelência em Gestão Pública.

Portanto, a questão da qualidade em empresas do setor público insere-se no cenário de novos arranjos institucionais que caracterizaram o final do século XX e o momento atual. Estes arranjos nortearam os novos programas do governo que buscam em sua grande maioria a melhoria contínua dos serviços públicos.

1.10 Gestão da Qualidade voltada para o serviço público

Como preceitua Paladini (2004), três questões têm sido colocadas quando se trata de analisar o ambiente do serviço público e a possibilidade de desenvolver programas da qualidade nesse contexto:

- Por que qualidade no serviço público?
- Por que neste exato momento? e,
- Como gerar qualidade no serviço público?

Na visão de Paladini (2004), a primeira questão parece apresentar uma resposta óbvia quando se começa a analisar alguns fatos apontados ao longo dos anos, vejamos alguns exemplos:

- a) Uma professora, que atua no ensino básico, recebe um salário até 56 vezes menor que o de um barbeiro da Assembleia Legislativa do mesmo estado;
- b) Comparado a um consumidor comum, o governo paga até cinco vezes

mais por determinado produto (exemplo: o governo de um estado brasileiro adquiriu 10.000 cinzeiros, para distribuí-los nas repartições públicas estaduais. Preço de cada um: R\$7,00. No mesmo dia em que a conta foi paga, podia-se adquirir igual cinzeiro por R\$1,20 em qualquer loja da capital);

- c) Uma repartição pública contratou, por concurso, dez atendentes gerais, cuja atividade básica seria fornecer informações técnicas aos usuários sobre atividades do setor. Descobriu-se mais tarde que, dos dez contratados, quatro eram analfabetos. Soube-se posteriormente que o concurso se resumiu a uma entrevista;
- d) A vida útil média de carros da frota oficial de um estado brasileiro é de menos de três anos, muito inferior à média nacional. O consumo de combustível, porém, é igual ao dobro da média nacional. Em função de seu estado precário, muitos carros que continuam circulando são considerados um perigo público;
- e) O país perdeu em equipamentos rodoviários abandonados ou sucateados (como balanças, por exemplo), durante o ano de 1996, o equivalente ao custo de conservação de três anos da rodovia Régis Bittencourt (Curitiba – São Paulo). Nesse período, pelo menos 1.200 pessoas morreram em acidentes nessa rodovia, exatamente por falta de conservação.

Paladini (2004, p. 201), ressalta que “[...] o governo precisa com urgência de programas de qualidade e produtividade, sobretudo em termos de gestão” para gerir com eficiência o dinheiro público. Estradas, hospitais, escolas, relações com empreiteiras e fornecedores, repartições públicas, enfim, em quaisquer áreas dos três poderes, executivo em particular, exemplos bem conhecidos mostram que não existe nenhuma instituição, em todo mundo, que sequer se aproxime do governo em matéria de qualidade.

O contribuinte percebe isso levando em conta o peso dos impostos brasileiros, a qualidade dos serviços públicos prestados (nas três esferas, municipal, estadual e federal) deveria ser melhor, segundo a opinião de 81% dos 2.002 eleitores entrevistados pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) em 140 municípios brasileiros entre 4 e 7 de dezembro de 2011.

Nota-se em várias áreas certo interesse pelo assunto, o que nos reporta a

segunda pergunta: mas por que justo agora?

Paladini (2004) destaca algumas razões que ao longo da história justificam o empenho do poder público em, pelo menos, começar a mostrar interesse em discutir qualidade e produtividade nos serviços públicos:

- a) Não existe assunto que interesse mais aos gestores públicos do que votos;
- b) O *deficit* do governo atinge níveis alarmantes. Não existe dinheiro para nada, a saída é economizar, apelando exatamente para qualidade e produtividade;
- c) A qualidade é um elemento forte de *marketing*. Mais do que qualquer outro motivo, esse apelo tem forte respaldo popular. O sucesso das estratégias da qualidade depende de sua efetiva utilização na prática diária;
- d) O desgaste da imagem dos governos, em qualquer nível, constitui-se um processo lento e consistente, que exige providências imediatas e de forte impacto. A qualidade tem poder notável para alterar esse processo.
- e) Em resumo, esta é a hora da qualidade, pelo modismo associado à questão, pelo impacto que proporciona, pela necessidade urgente de economizar, pela carência crônica de recursos (e recursos os programas de produtividade podem gerar, na pior das hipóteses por combate ao desperdício), enfim, seja por que razões se considerem.

É nesse contexto que Paladini (2004), observa a terceira pergunta do início deste tópico: como estruturar um modelo de Gestão da Qualidade para o serviço público?

Inicialmente, de acordo com Paladini (2004), cabe analisar alguns modelos de gestão já em uso. Provavelmente o país que mais investiu em qualidade no serviço público foram os Estados Unidos. Há muitos registros de programas bem sucedidos, já implantados ou em andamento. Já em 1988 o governo americano criou o *Federal Quality Institute* (FQI), órgão encarregado de estruturar as diretrizes da qualidade para todo o serviço público federal norte-americano. Esse órgão sempre trabalhou, em íntima relação, com institutos de pesquisa na área da qualidade mundialmente famosos, como os institutos Juran e Deming.

Nos estados há iniciativas até anteriores, como a criação do *Ogden Service*

Center, em Utah em 1986. Na Flórida, em 1989, foi criado pelo governador Lawton Chiles um programa vigoroso de reformas no governo, baseado em conceitos e estratégias da Qualidade Total. E, por fim, também nos municípios há programas da qualidade em andamento. Registre-se, por exemplo, o caso da cidade de Fairfield (Califórnia), onde cerca de 95% de seus 77.211 habitantes consideraram, em pesquisa feita em 1991, que a qualidade do serviço municipal era excelente na época (BUSINESS WEEK, 2/12/1991).

Um relatório do Instituto Juran, sob o sugestivo título de “O Dinossauro se mexeu?”, mostra os sucessos e os fracassos dos programas da qualidade no governo dos Estados Unidos. As principais conclusões desse estudo são listadas a seguir. Por elas, nota-se que a proposição de que a Qualidade Total pode fazer o governo trabalhar melhor, como fez as empresas trabalharem melhor, ainda não foi inteiramente comprovada nos Estados Unidos nem em outro lugar. (MAIN, 1994).

Entretanto, de acordo com Paladini (2004, p. 203), “[...] é possível listar alguns elementos básicos que mostram como a qualidade está se consolidando no governo norte americano”:

- 1) Aparentemente, muitos aspectos das ferramentas e princípios da Gestão da Qualidade Total (TQM) podem ser aplicados ao governo, do mesmo modo como ocorre em outras atividades;
- 2) Se as dificuldades para implantar programas da qualidade são notáveis em instituições e empresas privadas, mais complexa é essa implantação pelo governo;
- 3) Até 1992, a opinião pública não parecia propensa a se animar com a qualidade total. Aparentemente, os políticos pareciam não conquistar muitos votos com sua defesa. As eleições da década de 90 podem mostrar que esse quadro está mudando;
- 4) A necessidade de resultados de curto prazo, a postura de confronto entre governos e oposições e a personalização da atividade política são aspectos que atuam contra a qualidade;
- 5) O tamanho descomunal e a falta de controle do governo permitem que a qualidade total sobreviva de forma restrita e localizada. Por isso, observam-se resultados positivos mesmo em ambientes em que a alta administração é indiferente ou hostil aos esforços pela qualidade e, sobretudo, pela produtividade;

- 6) Em vista do triste estado do governo, do tamanho do *déficit* público, do aumento dos gastos, da ineficiência do serviço, em suma, da incompetência generalizada no processo de prestação de serviços e dos próprios servidores públicos, alguns resultados já obtidos mostram que a qualidade é viável.

Essas constatações não entram em conflito com a realidade brasileira que, segundo Paladini (2004), apresenta algumas características que requerem análise detalhada. Com efeito, o serviço público brasileiro possui especificidades que devem ser consideradas antes de definir um modelo de Gestão da Qualidade para o setor.

De acordo com Paladini (2004, p. 204), “[...] os principais aspectos a considerar são entre outros, os seguintes”:

- a) Ainda que sem força de lei, uma cultura de estabilidade do servidor público;
- b) Monopólio da prestação da quase totalidade de serviços em áreas específicas;
- c) Baixos salários;
- d) Falta de qualificação do pessoal;
- e) Cultura tradicional de descaso à coisa pública.

Segundo Paladini (2004, p. 204), “[...] como decorrência desses fatos, o modelo de Gestão da Qualidade deve se guiar pelos seguintes princípios”:

1. O recurso básico de geração da qualidade é o funcionário público.
2. O elemento básico de envolvimento do funcionário em programas da qualidade é a motivação.
3. A estratégia básica de motivação é a estruturação de programas da qualidade voltados, em primeiro lugar, para a produção de benefícios para os próprios funcionários.
4. A propriedade que caracteriza a qualidade no serviço público é a transitividade: o funcionário repassa para a sociedade os benefícios (como também as restrições) de sua satisfação no trabalho. A qualidade de seu atendimento, assim, é diretamente proporcional à qualidade de suas relações com o empregador, no caso, o Estado.
5. O programa deve envolver objetivos de curto, médio e longo prazos. Alguns resultados devem ser priorizados de imediatos, como, por

exemplo, benefícios para os funcionários, e utilizá-los como mecanismos para gerar resultados de médio prazo, que envolvem a consolidação de melhorias de processos e serviços, e, principalmente, para investir nos objetivos de longo prazo, que implicam a alteração radical da cultura vigente no serviço público, comprometendo-o com clientes finais, ou seja, com toda a sociedade.

6. É prioritária a determinação de um processo custo/benefício no serviço público. O custo de vantagens adicionais a funcionários, por exemplo, pode ser largamente compensado por benefícios de racionalização do processo administrativo.

Estudos recentes na área de GQ realizados pelo GESPÚBLICA mostraram que grande parte dos programas de qualidade desenvolvidos anteriormente foram abortados e acabaram perdendo sua utilidade devido a escolha e adoção de estratégias gerenciais inadequadas. Ainda na visão de Paladini (2004, p. 205), “[...] tem-se, então, que”:

- a) Evitar criar expectativas em torno do programa da qualidade na esfera do governo, tanto para servidores quanto para a população. Por isso, sugere-se criar antes programas de melhorias, localizados e definidos, cujos resultados previstos sejam simples, diretos, observáveis em curto espaço de tempo e bem visíveis. A palavra qualidade não deve ser empregada nesses casos;
- b) Em qualquer dos casos, resultados obtidos em ações que envolvem esforços de funcionários devem redundar em benefícios pessoais para os envolvidos;
- c) Devem-se evitar atividades intensas de treinamento. Sugere-se só empregá-las para atender a aspirações e deficiências expressas pelos funcionários. Esse posicionamento não exclui programas de motivação, conscientização e mecanismos similares, que devem sempre ser ministrados em doses adequadas ao público-alvo;
- d) É fundamental evidenciar os benefícios gerais (além daqueles meramente financeiros) que o programa da qualidade traz para os funcionários. Sem isso, dificilmente se consegue a adesão efetiva ao programa;
- e) Quanto menos estardalhaço o programa tiver, melhor. Sugere-se evitar

programas da qualidade tipo floresta, que possuem muito volume e base inconsistente. É melhor apelar para programas-semente, que plantam, nas pessoas, raízes sólidas, embora não apareçam muito. Querer usar programas da qualidade como publicidade política é uma atividade de alto risco, que quase sempre se volta contra o próprio governo. Com o tempo, em áreas do governo nas quais há programas da qualidade em operação, qualquer falha, seja uma greve de funcionários, uma votação perdida na assembleia ou o aparecimento de um funcionário fantasma, é, na opinião pública ou mesmo na da imprensa, culpa do programa da qualidade.

Paladini (2004) ressalta ainda que o fator estabilidade do servidor público é uma cultura comum e, ao mesmo tempo, um conceito e uma prática de certa forma nociva à qualidade. Em sua visão, conviver com ela é sempre um entrave para a Gestão da Qualidade. Principalmente porque desestimula o movimento rumo à melhoria, incentiva à acomodação e corrói o investimento que a concorrência naturalmente produz nas pessoas e nos setores. Igual postura observa-se em monopólios que o governo exerce sobre a quase totalidade de serviços em áreas específicas. Em ambos os casos, são situações que escapam ao controle da gestão.

Já a questão de baixos salários e da falta de qualificação do pessoal são elementos que na visão de Paladini (2004), podem ser influenciados pela Gestão da Qualidade. Observa-se, por exemplo, que o atendimento a deficiências manifestadas em treinamentos adequados a cada público alvo é um mecanismo de motivação de elevado poder. Programas de incentivos salariais baseados em mecanismos de aumento de produtividade são, igualmente, recomendáveis.

Enfim, todos esses aspectos fazem do setor público um ambiente instável e de difícil consolidação de programas de Gestão da Qualidade. Mas o fato é que a sociedade requer de imediato uma melhora no setor e criação de mecanismos para atender a demanda da sociedade nas três esferas, federal, estadual e municipal.

CAPÍTULO II

2 Caracterização da organização pesquisada

Este capítulo tem por objetivo apresentar um breve histórico da UFAM, sua estrutura organizacional atual, detalhando seus principais setores e órgãos suplementares, bem como apresentar a Divisão de Pagamentos e Encargos (DPE) que é vinculada ao Departamento de Pessoal (DEPES). Também serão destacadas as dificuldades enfrentadas pelo DEPES.

2.1 Primeira Instituição de Ensino Superior (IES) do país – Breve histórico

De acordo com o memorial histórico encontrado no site da UFAM, a Escola Universitária Livre de Manáos surgiu como a primeira Instituição de ensino superior do país em 17 de janeiro de 1909. A Instituição hoje conhecida como UFAM, foi criada por inspiração do tenente-coronel do Clube da Guarda Nacional do Amazonas, Joaquim Eulálio Gomes da Silva Chaves. Em sessão de 12 de fevereiro de 1909, o Conselho Constituinte elegeu Eulálio Chaves para promover o reconhecimento oficial da Escola e cuidar da publicação de seus Estatutos. A Lei nº. 601, de 8 de outubro de 1909, considerou válidos os títulos expedidos pela Escola Universitária.

Segundo o mesmo memorial, a Escola Universitária Livre de Manáos teve origem no Clube da Guarda Nacional do Amazonas, entidade fundada em 5 de setembro de 1906, e cujos Estatutos, publicados no ano seguinte, previam a criação de uma escola prática militar.

O que era aspiração máxima do Clube da Guarda Nacional somente se concretizou em 10 de novembro de 1908 quando foi criada em Manaus a Escola Militar Prática do Amazonas. A Escola mantinha apenas dois cursos um preparatório e outro superior, ambos destinados à instrução militar de oficiais da Guarda Nacional e de outras milícias. Os cursos, porém, eram abertos a qualquer brasileiro. Naquele mesmo ano, a Escola passou a chamar-se Escola Livre de Instrução do Amazonas.

Menos de um ano depois, em 17 de janeiro de 1909, a Escola de Instrução Militar do Amazonas se transformava na Escola Universitária Livre de Manáos. De acordo com seus Estatutos, elaborados e apresentados pelo tenente-coronel Eulálio Chaves, a Escola deveria manter os cursos das três armas, segundo o programa

adotado para as escolas do Exército Nacional (BRITO, 2009).

Fora os cursos de instrução militar, também seriam ministrados os cursos de Engenharia Civil, Agrimensura, Agronomia, Indústrias e outras especialidades; Ciências Jurídicas e Sociais, bacharelado em Ciências Naturais e Farmacêuticas e Letras. Outros cursos deveriam ser criados posteriormente, com preferência o de Medicina.

Dirigida em seu primeiro ano pelo Dr. Pedro Botelho (1909-1910) e, posteriormente, pelo Dr. Astrolábio Passos, (1910/1926) a Escola Universitária instalou seus cursos em 15 de março de 1910, em sessão solene presidida pelo governador do Estado Antônio Clemente Ribeiro Bittencourt. Em 13 de julho de 1913, a Escola Universitária muda de nome, passando a chamar-se Universidade de Manaus.

A experiência bem sucedida da primeira universidade brasileira durou somente 17 anos, sendo ela desativada em 1926. A partir daí, passaram a funcionar como unidades isoladas de ensino superior, mantidas pelo Estado, as Faculdades de Direito, Odontologia e Agronomia. Com a extinção das duas últimas, poucos anos depois, restou apenas a Faculdade de Direito, que formou os primeiros bacharéis em 1914, e foi incorporada pela Universidade Federal do Amazonas. Esse elo histórico entre as duas instituições testemunha e revalida a atual UFAM como a mais antiga universidade brasileira.

2.2 Criação e início da UA – Universidade do Amazonas

Criada pela Lei Federal nº 4.069-A, assinada pelo presidente João Goulart em 12 de junho de 1962, a sucessora legítima da Escola Universitária Livre de Manáos, a Universidade do Amazonas, teve seu Projeto de Lei, de autoria do então deputado federal Arthur Virgílio do Carmo Ribeiro Filho, publicado no Diário Oficial da União em 27 de junho do corrente ano, mas somente se instalou como Fundação de Direito Público mantida pela União Federal, em 17 de janeiro de 1965.

Em 3 de julho de 1964, na realização da 18ª reunião do Conselho Diretor da Fundação Universidade do Amazonas, foi decidido que a data de comemoração da instalação da Universidade do Amazonas seria a mesma da de criação da primeira universidade brasileira, a Escola Universitária Livre de Manáos.

A Universidade do Amazonas consolidou-se e ampliou sua estrutura por

meio da criação de novos cursos e absorção de outros já existentes. A partir de 1968, a estrutura da instituição passa a ser a seguinte: Faculdade de Direito do Amazonas, Faculdade de Estudos Sociais, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Faculdade de Engenharia, Faculdade de Medicina e Faculdade de Farmácia e Odontologia.

Embora tenha sido criada pela Lei Federal nº 4.069-A, de 12 de junho de 1962, a Universidade Federal do Amazonas se instalou três anos depois, em 17 de janeiro de 1965, 39 anos após a desativação da Universidade de Manáos. Criada como fundação de direito público e mantida pela União Federal, a Universidade recebeu a denominação de Universidade Federal do Amazonas (UFAM) por disposição da Lei nº 10.468, de 20 de junho de 2002. O objetivo da instituição é ministrar o ensino superior, desenvolver o estudo e a pesquisa em todos os ramos do saber e da divulgação científica, técnica e cultural.

Constituída atualmente por 20 (vinte) unidades de ensino, entre institutos e faculdades, sua estrutura incorporou de início a Faculdade de Direito, remanescente da Universidade de Manáos, e as Faculdades de Ciências Econômicas e de Filosofia, Ciências e Letras, unidades isoladas de ensino superior, criadas e mantidas pelo Estado. À essa estrutura juntou-se também, por doação do desembargador André Vidal de Araújo, o patrimônio da Escola de Serviço Social de Manaus. Já no final dos anos 90 outra unidade de ensino superior incorporou-se à estrutura da UFAM, a Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), anteriormente mantida pela Fundação SESP, do Ministério da Saúde (BRITO, 2009).

2.3 Estrutura administrativa

A estrutura administrativa da Universidade é constituída pelo órgão superior máximo que é a Reitoria, seguida pelas Pró-reitorias e Órgãos Suplementares, cada um destes segmentos possui vários setores conforme descrito a seguir:

- **Reitoria:** composta pelo Gabinete, Diretoria Executiva, Secretaria Geral dos Conselhos Superiores, Representação em Brasília, Assessoria de Comunicação, Procuradoria Jurídica, Auditoria Interna e Comitê Gestor.
- **Pró-Reitorias:** divididas em Ensino de Graduação/PROEG, Pesquisa e Pós-Graduação/PROPESP, Extensão e Interiorização/PROEXTI, Planejamento e Desenvolvimento Institucional/PROPLAN,

Administração/PROADM e Assuntos Comunitários/PROCOMUN e Pró-Reitoria de Inovação Tecnológica/PROTEC.

- **Órgãos Suplementares:** Biblioteca Central, Centro de Artes, Centro de Ciências do Ambiente, Centro de Processamento de Dados/CPD, Editora da UFAM/EDUA, Fazenda Experimental/FAEXP, Museu Amazônico, Prefeitura do Campus, Centro de Tecnologia Eletrônica e da Informação (CETELI), Centro de Desenvolvimento Energético Amazônico (CDEAM), Centro de Pesquisa e Produção de Medicamentos (CEPRAM), Centro de Educação a Distância (CED) e Biotério.

Atualmente esta estrutura vem passando por mudanças nas Pró-reitorias de Assuntos Comunitários e Administração, onde está localizado o DEPES, e a DPE, objeto de estudo desta dissertação.

2.4 Departamento de Pessoal da UFAM - DEPES

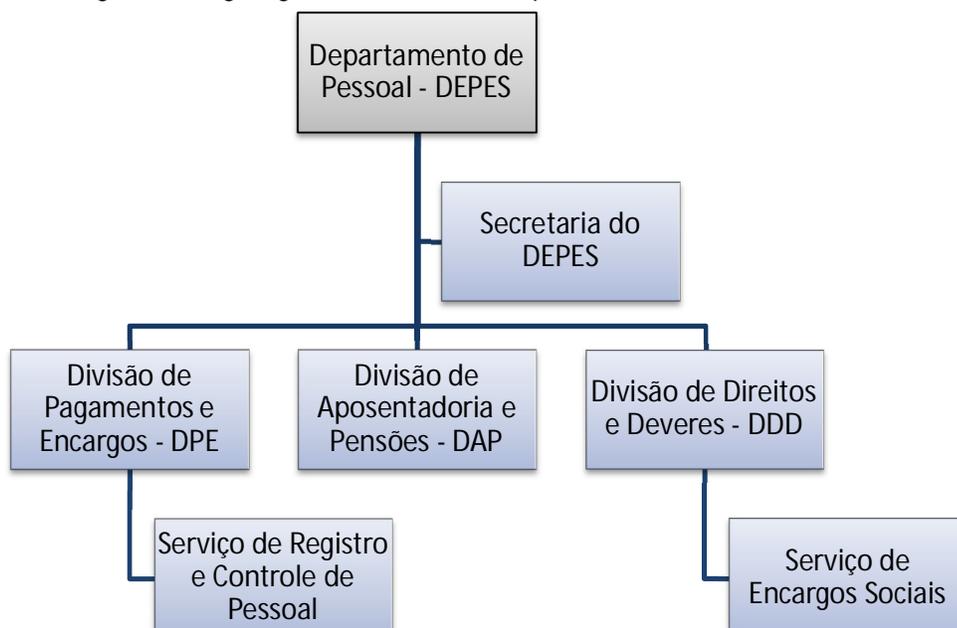
Como já citado no início deste trabalho, o DEPES, vinculado à PROADM, tem como atribuições principais: planejar, desenvolver, coordenar e executar as tarefas inerentes aos direitos e deveres dos servidores docentes e técnicos administrativos em educação, ativos, inativos e pensionistas da UFAM, bem como atender as demandas dos órgãos de fiscalização do poder público na esfera federal.

Para o cumprimento dessas atribuições o DEPES possui hoje a seguinte estrutura:

- **Divisão de Direitos e Deveres (DDD)** – responsável pela admissão (ato da posse do servidor), e toda a parte cadastral dos servidores;
- **Divisão de Aposentadoria e Pensão (DAP)** – responsável pelos atos de aposentadoria e pensão dos servidores e cadastro, e;
- **Divisão de Pagamento e Encargos (DPE)** – responsável pelo pagamento de todos os benefícios e obrigações dos servidores da UFAM e local/foco da pesquisa.

A figura 9 mostra o organograma estrutural do DEPES atualmente:

Figura 9 – Organograma estrutural do Departamento de Pessoal – DEPES



Fonte: Pró-Reitoria de Administração – PROADM, (2011).

O DEPES utiliza o SIAPE, para elaboração da folha de pagamento e seus respectivos encargos; o SIAPECAD, para cadastro geral dos servidores; o SIAPENET, para lançamentos de insalubridade, adicional noturno e pensão alimentícia, disponibilizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Conta, também, com o SISAC, disponibilizado pelo TCU e o SIE, disponibilizado pela própria UFAM.

2.4.1 DEPES e suas principais competências

O Departamento de Pessoal, local onde foi realizado este estudo, possui três divisões: Divisão de Direitos e Deveres – DDD, Divisão de Pagamentos e Encargos – DPE (local/foco da pesquisa) e Divisão de Aposentadoria e Pensões.

Para realizar as tarefas inerentes ao setor, o DEPES possui atualmente 16 (dezesesseis) servidores distribuídos conforme o quadro 4, a seguir:

Quadro 4 – Distribuição dos servidores nos três setores do DEPES

SETOR	Nº DE SERVIDORES
Divisão de Direitos e Deveres – DDD	08
Divisão de Pagamentos e Encargos – DPE	06
Divisão de Aposentadorias e Pensões – DAP	02
TOTAL	16

Fonte: Departamento de Recursos Humanos – DRH – UFAM - 2011.

O DEPES tem como funções principais realizar os pagamentos e todas as obrigações em folha, via sistema SIAPE e SIAPENET. Além das mencionadas, suas principais atribuições são:

- Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades inerentes ao Departamento;
- Desenvolver atividades de registro, controle e acompanhamento dos direitos e deveres dos servidores da Universidade Federal do Amazonas;
- Coordenar e supervisionar a elaboração da folha de pagamento;
- Providenciar o recolhimento de todos os encargos sociais pagos pelo Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE);
- Opinar, de maneira conclusiva, quanto ao direcionamento dos processos inerentes à área de pessoal para decisão superior;
- Emitir pareceres e dar informações referentes a assuntos de pessoal;
- Zelar pela fiel observância e aplicabilidade da lei 8.112/90;
- Fiscalizar o cumprimento dos preceitos disciplinares estabelecidos e sugerir sanções aplicáveis em cada caso;
- Divulgar os direitos e deveres dos servidores;
- Assessorar a Administração Superior;
- Registrar a documentação dos servidores;
- Elaborar Portarias relacionadas à vida funcional dos servidores;
- Auxiliar na pesquisa de legislação;
- Revisar processos diversos;
- Executar outras tarefas que lhes forem delegadas pelo Pró-Reitor da Unidade.

2.4.2 Divisão de Pagamentos e Encargos – DPE

Divisão de Pagamento e Encargos, local/foco da pesquisa tem as seguintes atribuições:

- Promover e coordenar a elaboração das folhas de pagamento mensal de todo o pessoal da UFAM, via Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE);
- Providenciar correspondência, bloqueando e/ou liberando, expedindo devolução para a UFAM de valores constantes na folha de pagamento;

- Coordenar as atividades de recolhimento de encargos sociais;
- Buscar informações junto ao IAPAS – atual INSS, Receita Federal, CEF (FGTS) para a elaboração correta da folha de pagamento e encargos sociais;
- Elaborar cálculos de atualização monetária em processos de servidores que se encontram em débito com a UFAM;
- Dirigir as atividades das equipes subordinadas: serviços de encargos sociais e preparo de pagamento, zelando pelo fiel cumprimento das normas estabelecidas, solucionando dúvidas submetidas à sua apreciação, principalmente as voltadas para o aspecto legal e sua aplicação;
- Fazer análise de pagamentos de diárias;
- Assinar documentos referentes à folha de pagamento e recolhimento de encargos sociais e consignações;
- Manter a Direção do Departamento informada sobre as ocorrências relativas a pagamento, propondo critérios e sugerindo providências cabíveis;
- Controlar a abertura e anotações em fichas financeiras e folhas de cota alimentícia;
- Informar em processos diversos;
- Arquivar Documentos;
- Efetuar lançamentos referentes a salários-maternidade, FGTS, IR e PASEP;
- Efetuar cálculos de rescisões contratuais;
- Obter informações e transmitir ao Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE) para a elaboração da fita magnética da RAIS, DIRF, comprovante de rendimento para IR e pagamento de PASEP em folha;
- Preenchimento do ADMP – Acompanhamento de Desembolso Mensal com Pessoal;
- Preenchimento da DCTF – Declaração de Contribuição e Tributos Fiscais e, quando solicitado, apresentar documentos e prestar esclarecimentos junto à Receita Federal;

- Elaborar o cadastro da GEFIP dos professores substitutos e médicos residentes;
- Efetuar descontos de faltas, auxílio alimentação e auxílio transporte;
- Efetuar pagamento no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE) dos professores substitutos, visitantes e médicos residentes;
- Efetuar cálculos de pagamento de pessoal de exercícios anteriores;
- Efetuar cálculos de pagamento de pessoal de meses anteriores;
- Executar outras tarefas que lhes forem delegadas pela Direção do Departamento;

2.4.3 Serviço de Encargos

A DPE possui também o Serviço de Encargos que é responsável pelas seguintes atribuições:

- Efetuar e conferir os recolhimentos das consignações;
- Enviar ao Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE) informações para confecções de RAIS e DIRF (anual);
- Cadastrar e alterar dados de servidores junto ao PIS/PASEP;
- Encaminhar ao Departamento de Finanças o pedido de reembolso em favor da UFAM de valores financeiros, referentes a servidores à disposição de outros órgãos;
- Calcular as rescisões contratuais de servidores demitidos;
- Distribuir as tarefas concernentes ao serviço para os subordinados;
- Prestar informações ao setor que está subordinado, sobre mudanças na Legislação Previdenciária, Tributária e Lei nº 8.112/90;
- Buscar informações extra Universidade para manter sempre atualizada a Instituição no que concerne a Encargos Sociais;
- Prestar informações, quando solicitado, sobre mudanças na Legislação atual;
- Manter controle em termos de CGC, junto à Receita Federal;
- Executar outras tarefas que lhes forem delegadas pela Divisão;

2.4.4 Serviço de Preparo de Pagamento

A DPE possui ainda o Serviço de Preparo de Pagamento, onde suas principais atribuições são:

- Elaborar a folha de pagamento, após receber da Coordenadora de Direitos e Deveres o cadastro de pessoal e ficha financeira, para providenciar inclusão junto ao Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE);
- Receber boletim de frequência para descontar faltas ou anotar situações diversas;
- Elaborar o movimento de frequência de todos os dados para confecção de folha de pagamento (teste);
- Enviar ao Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE) o movimento e frequência com alterações e cadastros de pessoal;
- Receber a folha de pagamento definitiva juntamente com os contracheques;
- Prestar informações em relação a pagamentos;
- Renovar anualmente dados dos arquivos, abrindo novas fichas, transferindo dados importantes das fichas do exercício anterior a essas novas;
- Orientar as formas de pagamento de acordo com as frequências, processos e escala de férias;
- Passar dados informativos ao Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE) e demais Unidades Interessadas;
- Estar sempre em contato com as seguradoras e Associações;
- Providenciar e viabilizar a entrega das declarações de rendimentos;
- Encaminhar anualmente à Divisão de Pagamento e Encargos a escala de férias dos servidores do Serviço de Preparo de Pagamento;
- Avaliação da tabela salarial de PSS e IR;
- Elaborar relatório anual e encaminhá-lo à Divisão de Pagamento e Encargos;
- Executar outras tarefas que lhes forem delegadas pela Divisão.

2.4.5 Dificuldades enfrentadas pelo DEPES

As atribuições do DEPES e seus setores aumentaram com a nova estrutura organizacional da instituição. Nesse contexto, o pesquisador observou que a demanda pelas mais diversas atividades tem aumentado principalmente devido à realização de novos concursos para as carreiras de docente e técnico administrativo, criação de novos *campi* e unidades acadêmicas, bem como a concessão de novas aposentadorias e pensões, como já destacamos na introdução desta dissertação.

Até dezembro de 1990, o regime de trabalho dos servidores da UFAM era o da CLT. O DEPES executava suas atribuições no momento da admissão até a rescisão contratual do servidor ou até sua aposentadoria, passando então a ser a cargo do INSS, quando se tratava de falecimento, o pensionista também era de responsabilidade do INSS.

Quanto à operacionalização das atividades, estas eram desenvolvidas, parte pelos servidores de forma manual, e, parte pelos programas do Centro de Processamento de Dados (CPD) da UFAM.

Com o advento da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), o DEPES passou a executar suas atribuições desde a nomeação do servidor até pós-morte, quando é inserida a figura do pensionista.

Após a instituição do RJU as mudanças nas legislações se tornaram frequentes, impondo aos servidores do DEPES o conhecimento destas para melhor instruir os processos que tramitam no setor e prestar as informações solicitadas diretamente, via telefone ou e-mail.

A partir de novembro de 1995, com a folha de pagamento sendo confeccionada no SIAPE, se iniciou a implantação dos demais sistemas, exigindo dos servidores, de forma imediata, o aprendizado informal mais técnico na área de informática.

A demanda dos órgãos de fiscalização, como o TCU, e a CGU, também cresceu significativamente, exigindo desdobramento da força de trabalho, pois estas atividades são executadas juntamente com as já realizadas rotineiramente.

Em função da demanda existente, o número de processos inerentes ao DEPES também sofreu um aumento significativo. No período de janeiro a março

de 2010, por exemplo, foram protocolados 1064 documentos, de acordo com o livro de registro de entradas de documentação do Departamento. Isso sem contar os documentos destinados ao DEPES que deram entrada via Protocolo Geral da UFAM.

Como já destacado anteriormente, o DEPES possui um número restrito de servidores que realizam as atividades habituais: pagamentos, encargos, registros funcionais, elaboração de portarias, certidões, declarações e pareceres.

De acordo com o que argumenta Mendes (1996), neste contexto são muitas as dificuldades encontradas para a melhoria da produtividade e qualidade no setor público, visando ao atendimento destas novas demandas. Surge então a necessidade de formulação de novas propostas que busquem a melhoria da gestão e a excelência nos serviços prestados ao cliente cidadão.

Para contribuir com o conhecimento existente, o pesquisador buscou apresentar resultados de um estudo realizado no DEPES/DPE da UFAM, por meio de melhoria contínua com a aplicação da ferramenta PDCA no fluxo de processo da prestação de serviços relativa a convênios de planos de saúde.

CAPÍTULO III

3 Procedimentos metodológicos

Este capítulo tem por objetivo apresentar a situação problema estudada pelo pesquisador, mostrando os primeiros procedimentos adotados após a implantação da Lei que deu origem ao benefício de ressarcimento de planos de saúde aos servidores do MPOG – Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (onde estão inseridas as IFES), mediante apresentação dos primeiros métodos adotados, destacando e comentando ainda, as dificuldades encontradas. Em seguida são apresentados detalhadamente os procedimentos metodológicos adaptados segundo Oliveira (2007).

O objetivo aqui é detalhar as técnicas de melhoria contínua usadas nesta dissertação, com o intuito de buscar na gestão da qualidade e modelagem de processos aplicada ao setor público, a eliminação dos gargalos existentes nos fluxos atuais de planos de saúde particular com a ajuda da ferramenta PDCA, visando à maximização dos resultados.

3.1 Situação/problema pesquisada – Convênios de planos de saúde

Para definir os procedimentos atuais com relação à situação problema, o pesquisador destacou que a partir de 30 de julho de 2009, o governo federal, através do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Secretaria de Recursos Humanos (SRH), editou a Portaria Normativa nº 3, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 31 de julho de 2009¹, estabelecendo orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas.

Desde então, os servidores da UFAM passaram a ter direito à contrapartida (ressarcimento), referente a reembolso de pagamento de planos de saúde particulares, em principio, no valor de R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais), pelo titular e por cada dependente cadastrado no mesmo contrato de plano de saúde.

¹ Anexo I – Portaria Normativa MPOG/SRH nº 3 julho/2009. Disponível em: http://www.sqdp.ufra.edu.br/attachments/113_Portaria_n3_2009_Assistencia_a_saude.pdf. Acesso em: 25 jan 2012.

Através da Portaria Conjunta SRH/SOF/MP nº 1, de 29 de dezembro de 2009, publicada no DOU de 30 de dezembro de 2009², outros critérios passaram a ser adotados e uma tabela com diversos valores e categorias foram inseridas para regulamentar o pagamento do benefício de ressarcimento de planos de saúde aos servidores do SIPEC. A seguir a tabela 4 com as faixas e os valores *per capita*:

Tabela 4 – Valores da contrapartida de ressarcimento de planos de saúde

ANEXO		
FAIXAS		VALOR PER CAPITA (R\$ 1,00)
POR REMUNERAÇÃO (R\$ 1,00)	POR IDADE	
0000 - 1.499	00 - 18	106
-	19 - 28	111
-	29 - 43	117
-	44 - 58	123
-	59 ou +	129
1.500 - 1999	00 - 18	101
-	19 - 28	106
-	29 - 43	111
-	44 - 58	117
-	59 ou +	123
2.000 - 2.499	00 - 18	96
-	19 - 28	101
-	29 - 43	106
-	44 - 58	111
-	59 ou +	117
2.500 - 2.999	00 - 18	92
-	19 - 28	96
-	29 - 43	101
-	44 - 58	106
-	59 ou +	111
3.000 - 3.999	00 - 18	87
-	19 - 28	92
-	29 - 43	96
-	44 - 58	101
-	59 ou +	106
4.000 - 5.499	00 - 18	79
-	19 - 28	81
-	29 - 43	83
-	44 - 58	84
-	59 ou +	86
5.500 - 7.499	00 - 18	76
-	19 - 28	77
-	29 - 43	79

² Anexo II – Portaria Conjunta SRH/SOF/MP nº 1 dezembro/2009. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/prrh/rps/portaria_conjunta.pdf>. Acesso em 26 de jan 2012.

ANEXO		
FAIXAS		VALOR PER CAPITA (R\$ 1,00)
POR REMUNERAÇÃO (R\$ 1,00)	POR IDADE	
-	44 - 58	80
-	59 ou +	82
7.500 ou +	00 - 18	72
-	19 - 28	73
-	29 - 43	75
-	44 - 58	76
-	59 ou +	78

Fonte: Pró-Reitoria para Assuntos Comunitários – PROCOMUN – 2011.

Em 11 de outubro de 2010, a Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5, publicada no DOU de 13 de outubro de 2010³, estabeleceu em seu artigo nº 28 que:

Art. 28. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, de cópia do pagamento do boleto do plano de saúde, desde que apresentada ao órgão setorial ou seccional do SIPEC ao qual está vinculado, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês. (2010, SRH/MPOG nº 5).

Também estabeleceu em seu artigo nº 38 que:

Art. 38. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata esta Portaria é de responsabilidade exclusiva dos órgãos e entidades do SIPEC. .

Com o estabelecimento da lei que regulamentou o pagamento do benefício ao titular de plano de saúde, surgiu a necessidade de operacionalização desta nova forma de ressarcimento.

Em princípio, o DRH da UFAM, assumiu a responsabilidade de cadastrar os servidores que se encontravam amparados pela lei, desde que a solicitação fosse feita por parte dos mesmos. Inúmeras dificuldades operacionais foram observadas neste primeiro momento:

- Carência de pessoal;
- Falta de conhecimento do processo;
- Despreparo de servidores por se tratar de uma nova situação;
- Ausência de sistemas operacionais que viabilizassem o cadastramento;
- Deficiência na informação aos servidores (clientes).

³ Anexo III – Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5 outubro/2010. Disponível em: <www.ifc-concordia.edu.br>. Acesso em: 26 jan 2012.

Em janeiro de 2010, todos os processos feitos pelo DRH/UFAM, foram transferidos para o DEPES que, a partir de então, assumiu em definitivo a responsabilidade de cadastro e manutenção dos ressarcimentos de planos de saúde dos servidores.

A UFAM já havia firmado convênio com a operadora de planos de saúde GEAP – Fundação de Seguridade Social em 13 de fevereiro de 2008⁴, publicado no DOU de 19 de fevereiro de 2008.

O DRH passou a controlar apenas os contratos feitos com a conveniada realizando toda a parte operacional, cadastro e manutenção de servidores que tenham interesse em firmar contrato com a GEAP. Ao DEPES coube controlar o restante dos contratos já cadastrados e, posteriormente, os da operadora ALIANÇA – Administradora de Benefícios de Saúde, outra opção com a qual os servidores da UFAM contam, mas que não será analisada pelo pesquisador nesta dissertação, por ser um processo semelhante ao já realizado pelo DRH com a operadora GEAP.

Em face de todos os problemas enfrentados pelo DEPES/UFAM, com relação a esta nova atribuição, surgiu a necessidade, na ótica do pesquisador de buscar melhorias com base na Gestão da Qualidade e modelagem de processos, pois como teoriza Paladini (2004), algumas ferramentas da qualidade não exigem grande investimento, são de fácil aplicação e, portanto podem ser perfeitamente adequadas ao serviço público. Também se pode obter um retorno acelerado na melhoria de cada situação problema. A metodologia utilizada na pesquisa será detalhada a seguir.

3.2 Metodologia de modelagem a ser aplicada

Este tópico objetiva apresentar uma visão mais detalhada dos procedimentos metodológicos e da técnica de modelagem de processo utilizada junto ao Departamento de Pessoal da Universidade Federal do Amazonas.

De acordo com Rocha *et al.* (2007), entender como os processos de fato são executados permite à organização ver onde estão seus gargalos, desperdícios, ambiguidades e redundâncias, tornando possível, dessa forma remodelá-los, para melhorá-los continuamente.

⁴ Anexo IV – Contrato de Convênio entre UFAM e GEAP fevereiro/2008.

Partindo deste princípio, surgiu o interesse por parte do pesquisador em modelar os processos de Plano de Saúde dentro do Departamento de Pessoal da UFAM como uma maneira de entender suas atividades, avaliar como são executados seus processos, encontrar seus pontos críticos procurando, dessa forma, apresentar propostas para melhorá-los.

Segundo Rocha *et al.* (2007), a atividade prática da modelagem constitui-se primordialmente em descrever os processos como estão e redesenhá-los para propor uma versão melhorada dos mesmos em situação desejada ou aprimorada.

O sucesso da modelagem de processos está sujeito à seleção apropriada dos métodos de modelagem disponíveis, das técnicas ou análises de fluxo de processo. Normalmente, o mais comum é o emprego de uma mescla de ferramentas que permite o uso de técnicas diferentes baseado nos dados disponíveis para o desenvolvimento do modelo e relativo ao propósito da modelagem.

Para este estudo de caso, o procedimento aplicado, desenvolvido por Oliveira (2007), segue uma abordagem *top down* iniciando com o levantamento dos processos e suas fases, onde serão feitas análises de competência dos procedimentos atuais para então elaborar a modelagem mais adequada, a qual será validada através de um teste piloto com a adoção dos novos procedimentos adotados pelos usuários do processo.

O procedimento adotado será o levantamento de todas as etapas do processo com o apoio da notação do modelo *Value Added Chain* (VAC), Cadeia de Valor Agregado, da ferramenta *SmartArt* do Microsoft Office, além das técnicas de melhoria de processos MASP, 5W1H, *Brainstorming* e PDCA para desenvolver um novo modelo de processo a ser proposto.

De acordo com Oliveira (2007), o modelo Cadeia de Valor Agregado (VAC) busca agregar valor durante a realização das atividades e processos na organização. Neste sentido, o modelo facilita a visão macro dos processos mapeados, mostrando como eles se interligam e como flui a informação na organização ou órgão a ser estudado. Seu objetivo é representar o fluxo de processos e, para isso, ele é desenhado de forma a representar a ligação existente entre os mesmos.

A partir do VAC, é gerado o modelo atual a ser estudado com o auxílio da ferramenta *SmartArt* do Microsoft Office, o qual representa a integração das visões de função, dados, organização e saídas, tendo como finalidade a modelagem

detalhada dos processos. As atividades realizadas são encadeadas sequencialmente em um dado processo, bem como os eventos que as motivam e são associados aos recursos por elas consumidos e ou gerados, identificando os indivíduos e as unidades organizacionais responsáveis pela sua realização.

A Metodologia de Análise e Solução de Problemas (MASP) é o PDCA em oito etapas, onde o planejamento (*Plan*) identifica e observa o problema, analisa as causas e elabora um plano de ação, o qual é executado (*Do*) e verifica (*Check*) se o resultado foi efetivo. Caso contrário, retoma-se a etapa de identificação de modo a atuar corretivamente (*Action*) além de padronizar para prevenir o reaparecimento do problema. Terminado o ciclo, é necessário recapitular todo o processo de solução, ou seja, girar o PDCA.

A ferramenta de qualidade 5W1H funciona como um plano de ação simplificado. Visa identificar o que será feito (*What*), quando será feito (*When*), quem fará (*Who*), onde será feito (*Where*), porque será feito (*Why*) e como será feito (*How*). Esta ferramenta permitiu identificar de forma organizada as ações e responsabilidade de quem executou por meio de um questionamento, orientando as diversas ações que faltam ser implantadas.

A metodologia aqui adotada adaptada de Oliveira (2007) possui três fases e nove etapas e tem por escopo o levantamento de como são realizados os processos e cada etapa dos mesmos dentro do Departamento de Pessoal procurando apontar os pontos críticos ou os gargalos para propor melhorias.

As fases e etapas são descritas a seguir:

- **FASE 1:** Planejar a execução do projeto;
 - **Etapa 1:** Preparar ambiente para modelagem.
- **FASE 2:** Descrever o processo;
 - **Etapa 2:** Identificar e detalhar os processos;
 - **Etapa 3:** Descrever os processos identificados;
 - **Etapa 4:** Revisar artefatos gerados;
 - **Etapa 5:** Homologar artefatos revisados.
- **FASE 3:** Aperfeiçoar o processo;
 - **Etapa 6:** Identificar e detalhar os processos a serem melhorados;
 - **Etapa 7:** Descrever os processos detalhados;
 - **Etapa 8:** Revisar artefatos gerados;
 - **Etapa 9:** Homologar artefatos revisados.

Face ao exposto, faz-se necessário descrever detalhadamente cada fase e etapa do procedimento metodológico adaptado de Oliveira (2007) adotado nesta dissertação.

3.3 Detalhamento das fases e etapas do processo

FASE 1 – Planejar a execução do projeto

Etapa 1 – Preparar ambiente para modelagem

Essa etapa procura conscientizar todos os envolvidos da importância que a modelagem terá para melhoria do trâmite dos processos nos setores do Departamento de Pessoal.

A Modelagem de Processos é uma técnica utilizada para compreensão de como a organização funciona, revelando estrangulamentos, ambiguidades, excessos e outros problemas. É uma importante ferramenta gerencial para identificação de oportunidades de melhorias além da visualização de restrições e gargalos.

Um recurso facilitador usado nessa etapa é a realização de reuniões com os membros dos setores a serem modelados. Elas são importantes, pois reduzem o risco de comunicação deficiente ou incompleta que possam vir a gerar desgastes e comprometer o sucesso do projeto. Uma vez que todos sabem o que será feito e qual o objetivo, torna-se mais fácil obter a adesão e o comprometimento de todos.

FASE 2 – Descrever o processo

Uma organização é constituída por um conjunto de processos que se inter-relacionam com a finalidade de tornar seus produtos ou serviços mais valiosos.

Segundo Scheer (1999) *apud* Oliveira (2007, p. 66), “[...] o conhecimento dos próprios processos é uma parte importante da consciência da própria existência e capacidade da organização”.

Essa fase tem como finalidade, identificar os processos da área por meio da reunião dos documentos que os regulamentam, da verificação de seus fluxos dentro dessa área, procurando saber quem faz o que e quando. Permitindo, dessa forma, constituir uma visão geral dos mesmos.

A fase é composta de quatro etapas: identificar e detalhar os processos (entradas dos pedidos de ressarcimento de planos de saúde), descrever os processos identificados; revisar artefatos gerados e homologar os artefatos revisados.

Etapas 2 – Identificar e detalhar os processos

Nessa etapa, o primeiro passo é identificar quais são os processos existentes no setor a serem modelados. Depois de identificados (todos os processos) se faz necessário avaliar aqueles que são considerados críticos.

Segundo Costa (2009, p. 81), “[...] a chave para o sucesso da modelagem de processos é a entrevista e a chave para uma entrevista eficiente é a criação de um ambiente no qual a informação possa ser compartilhada abertamente”. Entrevistas para modelagem de processos não são particularmente desiguais de qualquer outra para coleta de informação, pois todas envolvem planejamento, conversa e acima de tudo escuta.

É por meio das entrevistas que são levantadas as atividades que compõem os processos, os inter-relacionamentos e sequenciamento dessas atividades nas áreas onde a metodologia será aplicada. A meta principal é documentar as informações de uma forma clara e precisa, de modo a promover o completo entendimento do processo, gerando a documentação (entradas) do mesmo.

Nesse momento, torna-se necessário formalizar o conhecimento adquirido dos processos identificados por meio da ferramenta *Value Added Chain* (VAC), produzindo um organograma da área modelada. Feita essa identificação, devem ser priorizados os processos considerados críticos para um melhor entendimento.

Para elaborar o desenho dos processos com suas atividades, os inter-relacionamentos e sua sequência de tarefas, serão utilizadas a notação do *SmarArt* do Microsoft Office evidenciando os passos do processo. Essa ferramenta permite desenhar o processo e os componentes que a metodologia exige e ainda representá-lo por meio de um diagrama de atividades e tarefas.

Passada essa etapa, é importante verificar as relações existentes entre os processos, retratá-las no VAC e expor seus fluxos no *SmarArt* do Microsoft Office, através do desenho de cada etapa e seus passos decorrentes no setor responsável, bem como as tarefas realizadas nas fases do processo.

Etapa 3 – Descrever os processos identificados

Essa etapa tem como escopo, descrever o contexto e a execução das atividades que compõem o processo, o inter-relacionamento e o ordenamento dessas atividades, as regras de negócio e de roteamento e os dados dos processos levantados na etapa anterior por meio das entrevistas, organogramas VAC e *SmarArt* do Microsoft Office que irão gerar uma documentação (entradas) do processo rico em detalhes, porém clara e concisa de forma a facilitar uma melhor visão do mesmo.

Segundo o modelo usado por Oliveira (2007), e adaptado para esta pesquisa, para orientar essa etapa, faz-se necessário conhecer os recursos e as responsabilidades relacionadas ao cumprimento da mesma que são:

- Artefatos gerados:
Documento de descrição do processo.
- Ferramentas adotadas:
Ferramenta *SmarArt* do Microsoft Office;
Ferramenta Microsoft Office.
- Responsável:
Pesquisador.
- Método de coleta de informações:
Documentos utilizados pelo processo;
Atas das reuniões e das entrevistas;
Modelos VAC e *SmarArt*, dos organogramas gerados na etapa anterior.

Etapa 4 – Revisar artefatos gerados

Essa etapa tem, por objetivo, observar minuciosamente e com atenção os processos gerados. Durante a revisão alguns critérios devem ser observados, tais como, padronização, organização, clareza e nível de detalhamento e objetividade.

A descrição desses critérios propostos tanto por Oliveira (2007, p. 71) quanto por Costa (2009, p. 95) compreende:

- i. Padronização – os elementos do diagrama devem seguir os padrões de nomenclatura, forma, cor, entre outros itens que estão especificados;

ii. Clareza - segundo esse critério os nomes dos elementos dos diagramas devem insinuar o que se propõem a representar no mundo real. O documento também deve ter uma narrativa simples de modo que qualquer pessoa consiga entender o processo. O texto deve ter uma composição de fácil percepção. Deve-se evitar redundâncias e ambiguidades;

iii. Organização – está relacionada com a disposição dos elementos no diagrama e no documento. Os elementos devem estar organizados especialmente de maneira que seja possível visualizar os relacionamentos sem dificuldade;

iv. Objetividade – é fundamental que o texto do documento revele o objetivo a que este se propõe. Sempre que o texto fugir do ponto principal deve ser corrigido;

v. Nível de detalhamento – um diagrama não deve ser empregado para representar número insuficiente de elementos que não representem um fluxo significativo, nem que se condense todo o fluxo de um processo dentro de um mesmo diagrama. É importante sustentar um nível de detalhamento coerente com a meta do diagrama em avaliação. O nível de minúcias das informações contidas nos documentos deve ser suficiente, não sendo superficiais ao ponto de faltarem dados importantes para a modelagem, nem conter informações desnecessárias ao documento, que apenas aumente o seu tamanho sem trazer ganho real à modelagem que está a se desenvolver.

Ao fazer uso desses critérios, o armazenamento do conhecimento adquirido poderá oferecer recursos e informações em documentos mais elaborados, garantindo a preservação e o resgate da memória da organização, como:

- Artefatos gerados:
Documento de registro de revisão.
- Ferramentas adotadas:
Ferramenta de modelagem *SmarArt* do Microsoft Office;
Ferramenta Microsoft Office.
- Responsável:
Pesquisador.
- Método de coleta de informações
Modelos VAC, *SmarArt* de organogramas;
Documentos de descrição do processo (entradas).

Etapa 5 – Homologar artefatos revisados

Nesta etapa o objetivo é validar o modelo obtido junto aos agentes do processo modelado, tendo por finalidade trabalhar com um modelo o mais próximo possível da realidade.

De acordo com Oliveira (2007, p. 72), faz-se necessária uma reunião com o comparecimento de todos os envolvidos na legitimação do modelo (entradas) gerando dessa forma “[...] uma ata para garantir a homologação da modelagem de negócios e dos artefatos criados”.

Logo, para conduzir esta etapa, os recursos imprescindíveis ao cumprimento da mesma, são:

- Documentos gerados:
 - Ata de reunião da homologação;
- Ferramentas adotadas:
 - Ferramenta *SmarArt* do Microsoft Office;
 - Ferramenta Microsoft Office.
- Responsável:
 - Pesquisador.
- Métodos Relacionados:
 - Apresentação da modelagem dos processos;
 - Apresentação e entrega do documento de descrição do processo;
 - Assinatura da ata de reunião.
- Artefatos necessários:
 - Diagrama VAC, *SmarArt* do Organograma;
 - Documento de Descrição do Processo;
 - Ata de reunião de Homologação.

O término dessa fase deve permitir o aperfeiçoamento dos processos estudados (melhorias) composto também por quatro etapas: identificar e detalhar os processos a serem melhorados, descrever os processos detalhados, revisar artefatos gerados e por fim homologar os artefatos revisados.

FASE 3 – Aperfeiçoar o processo

Esta fase é importante, pois tem como objetivo determinar que decisão a organização irá tomar diante dos processos identificados com relação aos problemas identificados.

É essencial, porque, se para a organização o objetivo for apenas conhecer como se realiza o processo, então não são necessárias alterações. Entretanto, se o foco for aperfeiçoar o processo para que a organização cresça então se fazem imprescindíveis alterações nos processos identificados, fundamentado na análise de desempenho, custo, tempo, retrabalho, gargalos e deficiências que foram identificadas.

Uma vez compreendida a execução dos processos, torna-se possível melhorá-los para que a organização possa vir a funcionar melhor, empregando técnicas e ferramentas de processos como MASP, 5W1H, *Braintorming* e simulações, de forma a originar um novo modelo de processo com as melhorias propostas para a situação atual identificada.

Esta fase, conforme a anterior, é composta por quatro etapas: Identificar e detalhar os processos a serem melhorados, descrever os processos detalhados, revisar artefatos gerados e homologar artefatos revisados, porém o objetivo agora se concentra na melhoria dos processos identificados e tidos como críticos. A seguir será descrita cada uma dessas etapas.

Etapas 6 – Identificar e detalhar os processos a serem melhorados

Esta etapa tem como meta alertar a organização sobre qual decisão sustentar no que diz respeito a melhor abordagem a ser tomada a partir do momento em que foram identificados os processos críticos.

A questão primordial com relação à decisão sobre a melhor abordagem é o estabelecimento dos processos críticos que representam um gargalo para os demais serviços. A identificação desses processos pode ser realizada quando da modelagem dos mesmos na etapa.

A identificação dos processos críticos auxiliará na escolha de uma solução que mais se ajuste às necessidades da organização. Para que isso ocorra é necessário que essa análise seja realizada na presença dos responsáveis pelo processo.

Problemas como demora, retrabalho, gargalo e ociosidade na execução de determinadas atividades, precisam ser reduzidos ou eliminados.

Nesta etapa, com os processos já elaborados, definem-se as melhorias pretendidas para o mesmo, por meio de reuniões de *brainstorming* com os protagonistas responsáveis pelo processo, para o estabelecimento de ideias que determinem as novas características e fluxos dos mesmos.

Um processo pode ter várias ideias apresentadas para sua melhoria, no entanto apenas uma deve ser selecionada. Essa ideia pode ser fundamentada em aspectos como a expectativa que proporcionará ao novo fluxo de processo e no auxílio que dará quando da acomodação do processo a ela.

As ideias surgidas durante as entrevistas ou reuniões de *brainstorming* devem sempre ser anotadas, pois são informações que não devem ser desperdiçadas. No entanto, essas ideias necessitam ser conferidas com a tecnologia de informação adotada e os recursos disponíveis.

De acordo com Costa (2009, p. 96) “[...] as ideias que de nenhuma forma tenham condições de ser realizadas devem ser deixadas de lado, sendo o foco direcionado para aquelas que realmente possam ser executadas”. Para o autor, somente as sugestões com condições de serem colocadas em prática é que devem ser realizadas. As outras devem ser descartadas.

Nesse ponto, as ferramentas de qualidade MASP e 5W1H poderão facilitar muito o trabalho da equipe.

A partir desse momento, a reestruturação dos processos críticos, definidos ainda na etapa anterior, tem início por meio do desenho do modelo de novo fluxo de processo a ser proposto. De acordo com Oliveira (2007, p. 75), “[...] é importante, nesse caso, ter uma relação estruturada dos recursos necessários para o redesenho do processo”.

Normalmente, para guiar essa etapa, alguns recursos são essenciais, como, por exemplo:

- Documentos:
 - Organograma (caso seja necessário);
 - Diagrama VAC (caso seja necessário);
 - Diagramas SmartArt (caso seja necessário);
 - Atas de reunião;
 - Relatório 5W1H (caso seja necessário);

Relatório MASP (caso seja necessário).

- Ferramentas adotadas:
Ferramenta *SmartArt* do Microsoft Office;
Ferramentas Microsoft Office.
- Responsáveis:
Pesquisador;
Responsáveis pelos processos.
- Métodos relacionados:
Reuniões com os responsáveis pelos processos;
Análise da documentação (entradas);
Análise dos diagramas gerados;
Ferramentas de qualidade (MASP, 5W1H).
- Artefatos necessários:
Informações coletadas durante as reuniões e observação do ambiente;
Documentos gerados durante esta etapa.

Identificado e detalhado os processos que deverão ser melhorados, faz-se necessário passar à próxima etapa onde serão descritos detalhadamente esses processos.

Etapa 7 – Descrever os processos detalhados

Nesta etapa, utiliza-se as atas, os organogramas VAC e SmartArt desenvolvidos quando se desenharam os processos e seus fluxos, de modo a permitir melhor compreensão das proposições de melhoria sugeridas pelos responsáveis pelos processos.

Toda documentação existente sobre os fluxos de processos, coletada na etapa anterior, deve ser agrupada e a ela devem ser incorporadas algumas sugestões de melhoria, gerando um novo fluxo de processo.

Os recursos necessários para conduzir essa etapa são:

- Artefatos gerados:
Documentos de descrição dos processos;
- Ferramentas adotadas:
Ferramenta de modelagem *SmartArt*;

Ferramenta Microsoft Office.

- Responsável:
Pesquisador.
- Método de coleta de informação:
Atas de reunião de melhorias dos processos;
Modelos VAC, *SmartArt* de organogramas gerados na etapa anterior.

Descritos os fluxos de processos de forma detalhada com a incorporação das melhores sugestões, é necessário revisar os artefatos gerados.

Etapa 8 – Revisar artefatos gerados

Esta etapa deve verificar de forma detalhada os artefatos gerados com o objetivo de se obter padronização, organização, clareza e coerência destes. É necessário, portanto, analisar os diagramas criados, observando se as descrições feitas na etapa de descrição dos fluxos de processo retratam de fato o mesmo.

O emprego dos critérios acima citados foi estabelecido no tópico revisar artefatos gerados, tornando, dessa forma, essa etapa essencial para uma revisão das informações obtidas, para o arranjo dos dados relevantes e, portanto, importantes para a validação do novo fluxo de processos.

Adotando esses critérios (padronização, organização, clareza e coerência) os responsáveis pelos processos terão elaborado documentos ricos em informações que guardarão a memória da organização.

Para guiar essa etapa, os recursos são:

- Artefatos gerados:
Documento de registro de revisão;
- Ferramentas adotadas
Ferramenta de Modelagem *SmartArt*;
Ferramenta Microsoft Office.
- Responsável:
Pesquisador.
- Métodos de coleta de informações:
Modelos VAC, *SmartArt* de organogramas;
Documentos de descrição dos processos.

Revistos os artefatos gerados e anotados as irregularidades encontradas, é necessário homologar os artefatos revisados.

Etapa 9 – Homologar artefatos revisados

Após a revisão dos artefatos gerados e da criação do novo modelo de processo, torna-se necessária a validação deste junto aos envolvidos no projeto. Serão eles que irão confirmar se o processo descrito e diagramado representa exatamente as melhorias analisadas e definidas em reunião.

Dessa forma, para guiar essa etapa, são necessários os seguintes recursos:

- Documentos gerados:
 - Ata de revisão de homologação.
- Ferramentas adotadas:
 - Ferramenta *SmartArt*;
 - Ferramenta Microsoft Office;
- Responsáveis:
 - Pesquisador;
 - Responsáveis pelos processos.
- Métodos relacionados:
 - Apresentação da modelagem do novo fluxo de processos;
 - Apresentação e entrega do documento de descrição do novo fluxo de processo;
 - Assinatura da ata da reunião.
- Artefatos necessários
 - Diagrama *SmartArt* com novo fluxo de processo;
 - Documentos de descrição do novo fluxo de processo;
 - Ata de reunião de homologação.

O término dessa etapa deverá afiançar que as informações geradas junto aos responsáveis pelos processos se traduzam em um modelo mais próximo do desejado.

Neste capítulo foi apresentado minuciosamente o procedimento de modelagem de processo a ser aplicado no Departamento de Pessoal da UFAM, adaptado de Oliveira (2007).

As características fundamentais desse procedimento de modelagem de processos sugerido são a flexibilidade e o grau de detalhamento. Os modelos de Ata de reunião e questionário para definição de gargalos, bem como demais artefatos usados na pesquisa, estão nos anexos desta dissertação⁵.

O próximo capítulo apresentará a aplicação do método no Departamento de Pessoal da UFAM de maneira a validar o mesmo.

⁵ Anexo V – Modelo de Ata, formulários para *Brainstorming* e 5W1H utilizados na pesquisa.

CAPÍTULO IV

4 Resultados

Este capítulo objetivou detalhar os procedimentos atuais e propostos e, por fim, apresentar ao DEPES/DPE sugestão que viabilize com maior eficiência o atingimento das metas para esta etapa: melhoria no tempo gasto com o processo redução de custos e diminuição ou eliminação dos gargalos nos pontos críticos.

Dentro deste contexto, como destaca Paladini (2004), existem algumas ferramentas da Gestão da Qualidade, dentre elas destacamos o fluxo PDCA, o 5W1H e a *Brainstorming*, que podem ser perfeitamente adaptadas ao setor público, haja vista serem de fácil aplicação, oferecerem retorno imediato e, principalmente, serem de baixo investimento, aliadas a modelagem de processo.

Desta feita, surgiu o interesse aliado à necessidade por parte do pesquisador em aplicar tais ferramentas na DPE – Divisão de Pagamento e Encargos do Departamento de Pessoal – DEPES da UFAM, a fim de apresentar proposta de melhorias na área de convênios de planos de saúde.

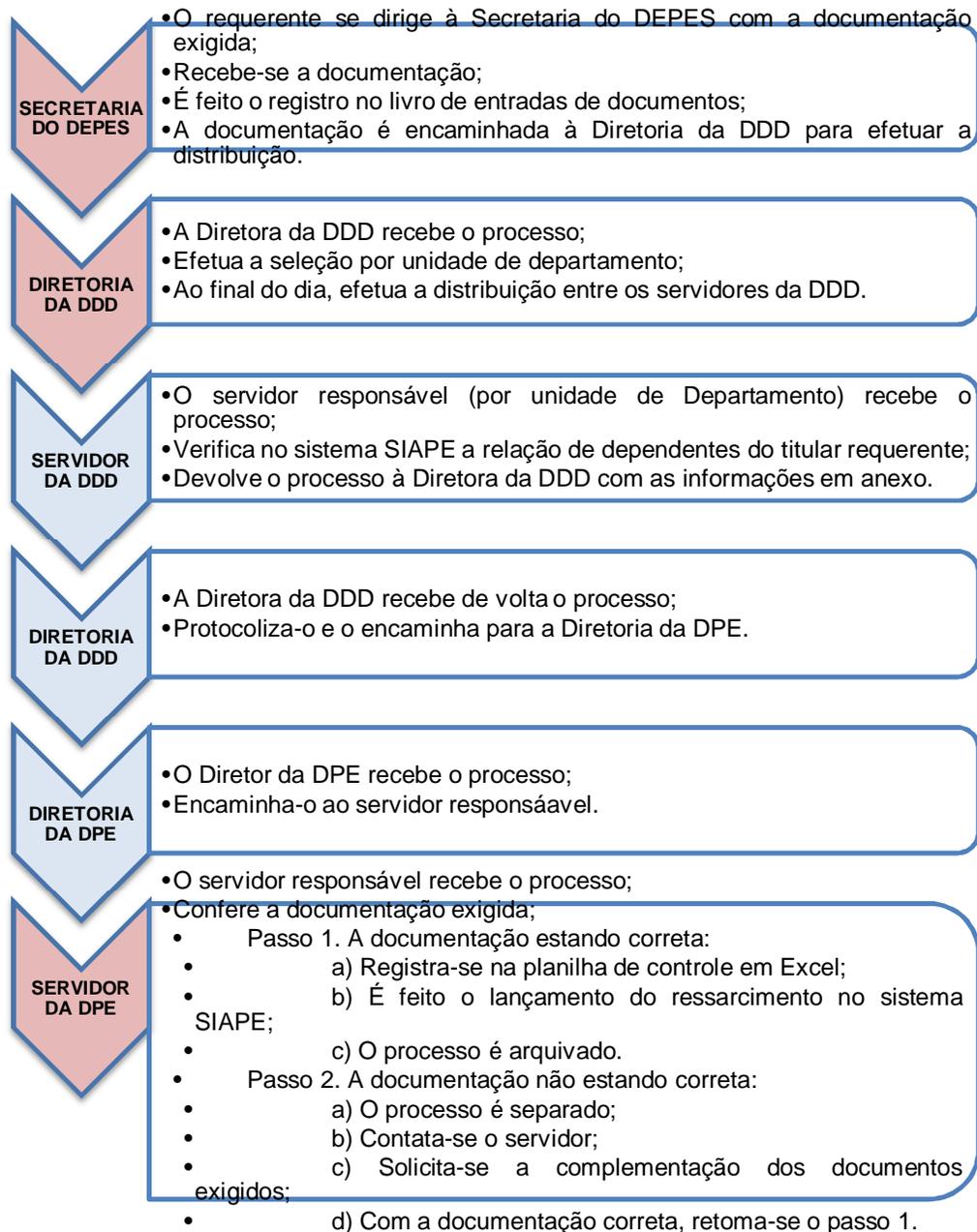
4.1 Fluxos atuais dos processos – Planos de saúde particulares

Para definir e descrever o fluxo atual dos processos de ressarcimentos de planos de saúde que são pagos aos servidores da UFAM, o pesquisador identificou que o primeiro passo ocorre mediante solicitação do requerente em dois locais distintos: a Secretaria do DEPES ou via Protocolo Geral. Ambas as situações serão definidas, descritas e analisadas posteriormente à luz da teoria.

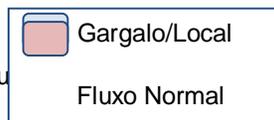
4.1.1 Fluxo atual do processo via Secretaria do DEPES – Cenário I

O processo tem início quando é feita a solicitação do benefício na secretaria do DEPES. A figura 10 a seguir mostra o fluxo atual dos procedimentos adotados pelo DEPES, descrevendo cada etapa e destacando os locais onde ocorrem gargalos:

Figura 10 – Fluxo atual dos processos de ressarcimento de panos de saúde via Secretaria do DEPES



LEGENDA:



Fonte: Próprio autor

Seguindo a metodologia descrita no capítulo anterior, adaptada de Oliveira (2007), as áreas onde ocorrem os gargalos na figura 10 estão destacadas em cada seta respectivamente. A primeira ocorrência acontece no início do processo, no âmbito da Secretaria, por não haver conferência da documentação entregue, o que

deve ocorrer sempre na ponta do processo, em seguida, quando é encaminhado à Diretoria da DDD e, posteriormente, ao final do processo, quando é recebido pelo servidor do Departamento de Pagamentos e Encargos/DPE.

O fluxo total do processo ocorre em seis etapas. A seguir, será feita a descrição e análise de cada gargalo identificado nesse fluxo de processo seguindo os procedimentos metodológicos adaptados de Oliveira (2007), descritos detalhadamente no capítulo 3.

4.1.1.1 Análise dos gargalos de fluxo – Secretaria do DEPES

Nesta etapa do trabalho, o pesquisador observou os seguintes gargalos no processo:

1. Secretaria do DEPES:

- Falta de um formulário próprio para solicitação;
- Ausência de conferência da documentação exigida;
- Falta de *Check List*.

Constatou-se que os gargalos encontrados nesta etapa da pesquisa ocorrem principalmente devido a ausência de um protocolo próprio para a solicitação do benefício, sendo passíveis de serem eliminados.

2. Diretoria da DDD:

- Demora no trâmite do processo.

Observou-se nesta etapa do processo que a demora no trâmite ocorre devido ao grande volume de documentação encaminhada à Diretoria da DDD. São inúmeras e variadas as atribuições de cada setor do DEPES, por este motivo, a Diretora da DDD estabelece prioridades e só recolhe os processos com a informação necessária e os encaminha para DPE, somente ao final do expediente da tarde.

3. Servidor da DPE:

- Falta de documentação exigida;
- Retrabalhos.

Aqui se evidencia a falha no primeiro passo dos procedimentos atualmente adotados. Como não é feita a conferência da documentação exigida por lei no início do processo, o servidor responsável por fazer os lançamentos em planilha do Excel,

efetuar o pagamento no SIAPE e fazer o arquivamento, acaba realizando retrabalhos causando prejuízos de ordem financeira tanto para o servidor como para a instituição.

4.1.1.2 Processo via Secretaria do DEPES e estudos realizados

O pesquisador, nesta etapa do trabalho, seguindo a metodologia adaptada de Oliveira (2007), descreve o trâmite de 174 (cento e setenta e quatro), processos acompanhados no mês de janeiro de 2012, bem como evidencia estatísticas feitas através da observação do objeto de estudo.

A tabela 5 a seguir mostra as quantidades diárias de processos que deram entrada na Secretaria do DEPES com o total de horas envolvidas no trâmite, contendo início e fim dos mesmos respectivamente.

Tabela 5 – Quantidade de processos e horas envolvidas no trâmite via Secretaria do DEPES

PROCESSOS		TEMPO DE TRÂMITE DOS PROCESSOS VIA SECRETARIA DO DEPES – MÊS DE JANEIRO/2012		
DIA	QTD. DE PROC/DIA	DATA INÍCIO	DATA FIM	TOTAL EM HORAS
01	28	02/01/12	03/01/12	16
02	25	03/01/12	04/01/12	16
03	30	04/01/12	05/01/12	16
04	1	05/01/12	06/01/12	16
05	1	06/01/12	06/01/12	8
06	0	-	-	0
07	0	-	-	0
08	0	-	-	0
09	0	-	-	0
10	0	-	-	0
11	8	16/01/12	16/01/12	8
12	5	17/01/12	19/01/12	24
13	3	19/01/12	20/01/12	16
14	9	20/01/12	20/01/12	8
15	11	23/01/12	23/01/12	8
16	0	-	-	0
17	0	-	-	0
18	20	25/01/12	26/01/12	16
19	5	26/01/12	27/01/12	16
20	13	27/01/12	27/01/12	8
21	7	30/01/12	30/01/12	8
22	8	31/01/12	31/01/12	8
TOTAIS	174	-	-	192

Fonte: Próprio autor

Nesta etapa do trabalho o pesquisador evidencia na tabela 5, o tempo total dispendido no mês de janeiro de 2012 com o trâmite de 174 (cento e setenta e quatro) processos, que foi da ordem de 192 (cento e noventa e duas horas).

Em seguida, a tabela 6 mostra o valor dos vencimentos básicos dos servidores envolvidos em cada passo do processo sem os encargos devidos. Vale ressaltar ainda que, aqui não estão envolvidas outras atividades desempenhadas pelos mesmos e que os valores adotados não representam o salário total líquido de cada servidor. Contudo, na visão do pesquisador, serve como parâmetro para analisar as etapas do processo, posto que não há necessidade de realizar o rateio dos valores adotados como vencimentos básicos, haja vista que em termos percentuais esses valores se tornariam proporcionais. Os valores foram adotados como forma de mensuração padrão para efeito de cálculo dos custos, sem levar em consideração outras variáveis inerentes ao processo.

Tabela 6 – Vencimentos básicos dos servidores envolvidos no processo via Secretaria do DEPES

PASSOS DO PROCESSO VIA SECRETARIA DO DEPES – JANEIRO/2012	VENCIMENTOS BÁSICOS DOS SERVIDORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO
Passo 1	1.821,94
Passo 2	2.252,65
Passo 3	3.098,95
Passo 4	2.252,65
Passo 5	2.785,18
Passo 6	2.252,65
TOTAL BRUTO DOS VENCIMENTOS BÁSICOS	14.464,02

Fonte: Próprio autor

Com o total bruto dos vencimentos básicos dos servidores que participam ativamente do trâmite dos processos e o total de horas envolvidas com os mesmos mostradas na tabela 5 acima, foi possível mensurar a média de vencimentos básicos, o custo médio da hora envolvida no trâmite dos processos, o custo médio por processo, o custo médio total dos 174 (cento e setenta e quatro) processos do mês de janeiro de 2012 e o tempo médio gasto em horas para cada processo, como mostra a tabela 7 a seguir:

Tabela 7 – Média de custos e tempo dos processos que deram entrada via Secretaria do DEPES

COMENTÁRIOS PROCESSO SECRETARIA	MÉDIAS
Média dos vencimentos básicos dos servidores envolvidos no processo	2.410,67
Custo médio da hora envolvida no trâmite dos processos	13,70
Custo médio por processo (giro total)	14,54
Custo médio total do mês de janeiro 2012	2.529,13
Tempo médio por processo em horas	01:06:12
Quantidade de horas/mês trabalhadas (8 X 22)	176

Fonte: Próprio autor

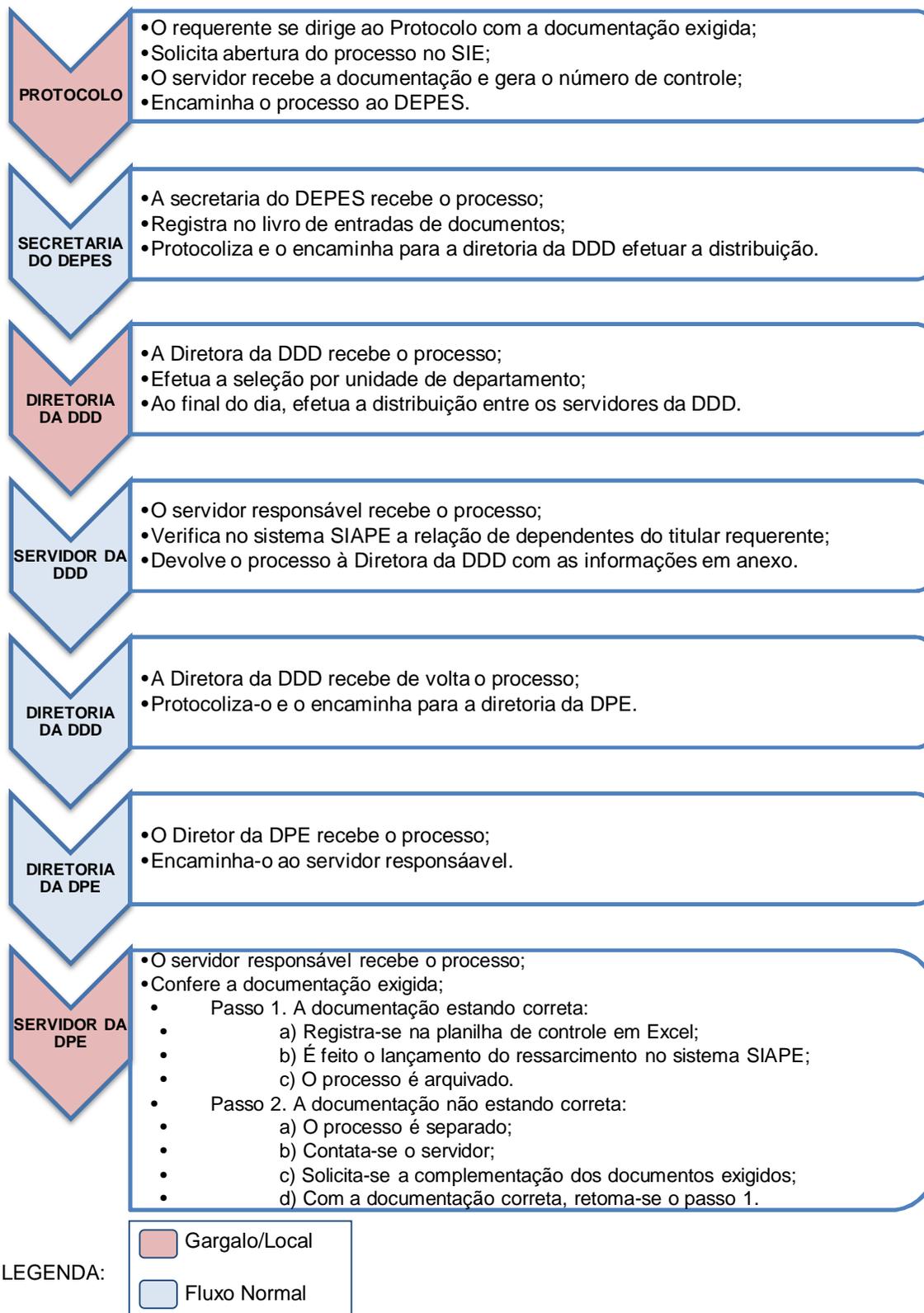
Analisando-se os dados da tabela 7, corroborados com a metodologia adaptada de Oliveira (2007), pode-se observar que a média dos vencimentos básicos dos servidores envolvidos nos seis passos do trâmite do processo via Secretaria do DEPES é da ordem de R\$ 2.410,67 (dois mil quatrocentos e dez reais e sessenta e sete centavos). Pode-se verificar também que o custo médio da hora envolvida no trâmite dos processos é de R\$ 13,70 (treze reais e setenta centavos) e que o custo médio por cada processo foi de R\$ 14,54 (quatorze reais e cinquenta e quatro centavos), haja vista que o tempo médio por processo é de 01:06:12 (uma hora, seis minutos e doze segundos). Com esses dados foi possível se calcular também o custo médio total dos processos do mês de janeiro, que foi da ordem de R\$ 2.529,13 (dois mil quinhentos e vinte e nove reais e treze centavos), para uma quantidade de 176 (cento e setenta e seis) horas trabalhadas mensalmente, envolvendo 8 (oito) horas por dia, multiplicada pelos dias úteis de cada mês, ou seja, 22 (vinte e dois) dias.

4.1.2 Fluxo atual do processo via Protocolo Geral da UFAM – Cenário II

Outra forma de solicitação do benefício com a qual o servidor da UFAM conta é através da entrada do pedido via Protocolo Geral da UFAM.

De acordo com a metodologia adaptada de Oliveira (2007), a seguir serão detalhados os procedimentos necessários para ter acesso ao benefício nesta modalidade, passo a passo, bem como serão destacados os gargalos de processos encontrados, conforme figura 11:

Figura 11 – Fluxo atual dos processos de ressarcimento de Planos de Saúde via Protocolo Geral



Fonte: Próprio autor

Foram observados os mesmos problemas destacados na seção anterior. As áreas onde ocorrem os gargalos na figura 11 estão destacadas em cada seta respectivamente.

A primeira ocorrência se dá no início do processo, quando o servidor solicita o benefício no Protocolo Geral da UFAM. Vale ressaltar que no cenário I, onde a documentação enviada para a Secretaria do DEPES na figura 10 era um local de gargalo mapeado, a documentação não é devidamente conferida (o que deveria ocorrer), por ser a ponta (início) do processo. Seguindo a adaptação metodológica de Oliveira (2007), foi determinado em reunião com os responsáveis pelo processo que o local onde deveria haver a conferência de toda a documentação enviada pelo servidor solicitante do benefício, seria a ponta (início) do fluxo processual. Por esse motivo, na figura 11, cenário II, a Secretaria do DEPES, deixa de ser um local onde ocorrem gargalos no processo. A seguir será feita uma descrição e análise de cada gargalo desse fluxo processual.

4.1.2.1 Análise dos gargalos de fluxo – Protocolo Geral da UFAM

Nesta etapa do trabalho, o pesquisador observou que existem 7 (sete) passos em relação à definição do fluxo do processo via Secretaria, onde só ocorrem 6 (seis). Isso acarreta aumento no custo, pois mais uma etapa desnecessária foi inserida.

Os gargalos encontrados foram:

1. Protocolo:

- Carência de um servidor habilitado e treinado para receber a documentação entrante;
- Falta de um formulário próprio para solicitação;
- Ausência de conferência da documentação exigida;
- Falta de *Check List*.

Os gargalos encontrados nesta etapa da pesquisa ocorrem principalmente devido a ausência de um servidor treinado pelo DEPES junto ao Protocolo. Devido a este fato, erros na tramitação são frequentes, acarretando atrasos e retrabalhos.

2. Diretoria da DDD:

- Demora no trâmite do processo.

O mesmo problema do fluxo via Secretaria do DEPES ocorre, ou seja, a tramitação é lenta, agora com um agravante, por vezes o protocolo encaminha equivocadamente o processo para outras unidades, tais como: PROADM, DRH, dentre outras. Isso causa aumento nos atrasos e custos, pois outros setores da UFAM são envolvidos no processo desnecessariamente gerando descontentamento nos envolvidos.

3. Servidor da DPE:

- Falta de documentação exigida;
- Retrabalhos.

Mais uma vez se evidencia a falha no primeiro passo dos procedimentos atualmente adotados. Como não existe um servidor devidamente treinado no início do fluxo de processo, a documentação chega ao servidor responsável por cadastrar e efetuar o pagamento na DPE com diversas pendências. Este fato acarreta o aumento do tempo gasto no processo devido aos erros de tramitação, e prejuízos de ordem financeira, tanto para o servidor como para a instituição são mais agravados.

4.1.2.2 Processo via Protocolo Geral da UFAM e estudos realizados

Nesta etapa do trabalho, o pesquisador, seguindo a metodologia já descrita, e para efeito de parametrização dos dados acompanhados e viabilização de uma análise comparativa entre os resultados apresentados na descrição dos fluxos atuais dos processos e o fluxo a ser proposto, toma como base o trâmite da mesma quantidade de processos acompanhados no cenário I, ou seja, 174 (cento e setenta e quatro) no mês de março de 2012, bem como evidencia as estatísticas feitas através da observação do objeto de estudo.

A tabela 8 a seguir mostra a quantidade de processos que deram entrada via Protocolo Geral e a quantidade de horas envolvidas no trâmite dos mesmos:

Tabela 8 – Quantidade de processos e horas envolvidas no trâmite via Protocolo Geral da UFAM

PROCESSOS		TEMPO DE TRÂMITE DOS PROCESSOS VIA PROTOCOLO GERAL – MÊS DE MARÇO/2012		
DIA	QTD. DE PROC/DIA	DATA INÍCIO	DATA FIM	TOTAL EM HORAS
01	25	01/03/12	02/03/12	16
02	18	05/03/12	06/03/12	16
03	29	06/03/12	07/03/12	16
04	15	07/03/12	07/03/12	8
05	1	08/03/12	09/03/12	16
06	1	12/03/12	14/03/12	24
07	1	14/03/12	15/03/12	16
08	0	-	-	0
09	0	-	-	0
10	0	-	-	0
11	6	15/03/12	16/03/12	16
12	9	19/03/12	19/03/12	8
13	2	21/03/12	22/03/12	16
14	0	-	-	0
15	2	22/03/12	22/03/12	8
16	9	23/03/12	23/03/12	8
17	5	26/03/12	26/03/12	8
18	2	26/03/12	26/03/12	8
19	1	27/03/12	27/03/12	8
20	20	28/03/12	28/03/12	8
21	18	29/03/12	30/03/12	16
22	10	30/03/12	30/03/12	8
TOTAIS	174	-	-	224

Fonte: Próprio autor

Nesta etapa do trabalho, o pesquisador evidencia na tabela 8, o tempo total gasto no mês de março de 2012 com o trâmite da mesma quantidade de processos do cenário anterior, ou seja, 174 (cento e setenta e quatro) perfazendo um total de 224 (duzentas e vinte e quatro) horas.

Em seguida, a tabela 9 mostra o valor dos salários base dos servidores envolvidos, sendo que em relação ao fluxo via Secretaria do DEPES, foi acrescido o valor base de salário do servidor lotado no Protocolo Geral da UFAM, pois agora existem sete passos até a finalização do processo.

Tabela 9 – Vencimentos básicos dos servidores envolvidos no processo via Protocolo Geral da UFAM

PASSOS DO PROCESSO VIA PROTOCOLO GERAL DA UFAM – MARÇO/2012	VENCIMENTOS BÁSICOS DOS SERVIDORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO
Passo 1	3.443,60
Passo 2	1.821,94
Passo 3	2.252,65
Passo 4	3.098,95
Passo 5	2.252,65
Passo 6	2.785,18
Passo 7	2.252,65
TOTAL BRUTO DOS VENCIMENTOS BÁSICOS	17.907,62

Fonte: Próprio autor

Da mesma forma como na descrição do fluxo via Secretaria do DEPES no cenário I, com o total bruto dos salários base dos servidores que participam ativamente do trâmite dos processos via Protocolo Geral da UFAM e o total de horas gastas no cenário II, foi possível calcular a média dos vencimentos básicos, o custo médio da hora envolvida no trâmite, o custo médio por processo, o custo médio total dos 174 (cento e setenta e quatro) processos do mês de março de 2012, bem como o tempo médio gasto em horas para cada processo, como mostra a tabela 10 seguir:

Tabela 10 – Média de custos e tempo dos processos que deram entrada via Protocolo Geral UFAM

COMENTÁRIOS PROCESSO PROTOCOLO	MÉDIAS
Média dos vencimentos básicos dos servidores envolvidos no processo	2.558,23
Custo médio da hora envolvida no trâmite dos processos	14,54
Custo médio por processo (giro total)	14,80
Custo médio total do mês de março de 2012	2.575,70
Tempo médio por processo em horas	01:17:14
Quantidade de horas/mês trabalhadas (8 X 22)	176

Fonte: Próprio autor

Como analisado anteriormente, no cenário I, no fluxo de processo via Secretaria do DEPES, os dados da tabela 10 do Protocolo Geral da UFAM, mostram que a média dos salários base dos servidores envolvidos nos sete passos do trâmite do processo, é da ordem de R\$ 2.558,23 (dois mil quinhentos e cinquenta e oito reais e vinte e três centavos).

Verificou-se, também, que houve um aumento em relação ao cenário I, no custo médio da hora envolvida no trâmite dos processos, neste caso da ordem de

R\$ 14,54 (quatorze reais e cinquenta e quatro centavos). O custo médio por cada processo também sofreu alteração sendo de R\$ 14,80 (quatorze reais e oitenta centavos), haja vista que o tempo médio por processo também sofreu acréscimo, sendo de 01:17:14 (uma hora, dezessete minutos e quatorze segundos).

Com esses novos dados foi possível calcular também o custo médio total dos processos do mês de março, que foi da ordem de R\$ 2.575,70 (dois mil quinhentos e setenta e cinco reais e setenta centavos), para a mesma quantidade de horas trabalhadas no fluxo do cenário I, via Secretaria do DEPEs, ou seja, 176 (cento e setenta e seis) horas.

Portanto, após verificação dos dados obtidos mediante a metodologia adaptada de Oliveira (2007), e na visão do pesquisador através das simulações dos cenários I e II, via Secretaria do DEPEs e via Protocolo Geral da UFAM nos processos de planos de saúde, nota-se a necessidade de uma mudança e de uma proposta de novos procedimentos em relação aos atualmente utilizados e, mediante análise dos problemas identificados, propor novo fluxo à luz da bibliografia estudada com lastro no PDCA e ferramentas de melhoria contínua citadas na metodologia.

4.2 Aplicação da metodologia de melhoria contínua

A Metodologia de Análise e Solução de Problemas (MASP) usadas nesta dissertação é o PDCA, em oito etapas, adaptada de Oliveira (2007), para apresentar uma proposta de melhoria no fluxo de processos de planos de saúde da UFAM.

As etapas têm início com o planejamento (*Plan*), que identifica e observa o problema, analisa as causas e elabora um plano de ação, o qual é executado (*Do*) e em seguida, feito a verificação (*Check*) para observar se o resultado foi efetivo. Caso contrário, retoma-se a etapa de identificação de modo a atuar corretivamente (*Action*) além de padronizar para prevenir o reaparecimento do problema.

Terminado o ciclo, é necessário recapitular todo o processo de solução, ou seja, girar o PDCA, como mostra o quadro 5 a seguir:

Quadro 5 – Giro do PDCA

PDCA	FLUXOGRAMA	FASE	OBJETIVO
P	1	Identificação do problema	Determinar o problema e reconhecer sua importância.
	2	Observação	Examinar os pontos determinantes do problema de maneira ampla e sob vários pontos de vista.
	3	Análise	Encontrar as causas fundamentais.
	4	Plano de ação	Desenvolver um plano para cessar as causas fundamentais.
D	5	Ação	Interromper as causas fundamentais.
C	6	Verificação	Verificar se as causas fundamentais foram interrompidas.
	N S	(Bloqueio foi efetivo)	
A	7	Padronização	Prevenir contra o ressurgimento do problema.
	8	Conclusão	Recapitular todo o processo de solução do problema para trabalhos futuros.

Fonte: Adaptado de Oliveira (2007)

O quadro 5 exhibe todas as fases e objetivos do PDCA a ser implementado no DEPES/DPE/UFAM, com o intuito de propor melhorias nos processos de Planos de Saúde que são direcionados a este setor.

Para este estudo o método PDCA pode ser visto de duas maneiras segundo Campos (2009), para manter e/ou para melhorar os resultados. Nesse trabalho de pesquisa foi utilizado o PDCA para melhorias de resultados.

Neste sentido, vale ressaltar que as etapas (*Do*), (*Check*) e (*Action*), foram suprimidas nesta pesquisa por não haver necessidade para se atingir os objetivos Geral e Específicos, desta dissertação.

A fase (*Plan*) atende perfeitamente as necessidades da pesquisa para a identificação dos gargalos no processo em suas quatro etapas aqui propostas, segundo a adaptação feita de Oliveira (2007).

Na primeira etapa, que é a identificação do problema, foram usadas ferramentas de: coleta de dados junto aos servidores do DEPES, descrição do processo atual, 5W1H e *Brainstorming*. Na segunda etapa, que foi a observação do problema, as ferramentas utilizadas foram: 5W1H, *Brainstorming* e uma análise do local da ocorrência do problema. A terceira etapa consiste da análise. Nesta fase, os recursos utilizados foram: *Brainstorming* e os 5S. E por fim, na etapa quatro, o plano de ação desenvolvido se deu através da ferramenta *Brainstorming* e o 5W1H.

Todas estas fases estão demonstradas e descritas pelo pesquisador, através dos quadros a seguir e, posteriormente, serão comentadas e comparadas com os resultados já obtidos nos cenários I e II, de acordo com os resultados apresentados no teste piloto.

O procedimento para esta etapa do trabalho usado pelo pesquisador segue uma abordagem adaptada de Oliveira (2007), que utilizou algumas ferramentas como: coleta de dados, 5W1H e *Brainstorming*, para desenvolver um novo ciclo do processo analisado e que será proposto ao DEPES.

Segundo Scheer (1999) *apud* (OLIVEIRA, 2007, p. 66), “[...] o conhecimento dos próprios processos é uma parte importante da consciência da própria existência e capacidade da organização”. Seguindo este conceito foram feitos os primeiros levantamentos dos processos já descritos nos cenários I e II desta dissertação.

De acordo com Costa (2009, p. 81), “[...] a chave para o sucesso da modelagem de processos é a entrevista, e a chave para uma entrevista eficiente, é a criação de um ambiente no qual a informação possa ser compartilhada abertamente”. Neste contexto foram adotadas reuniões com os envolvidos diretamente no processo em suas seis etapas via Secretaria do DEPES, e sete etapas no fluxo do processo via Protocolo Geral da UFAM.

Foram verificadas e registradas todas as dificuldades encontradas por meio das reuniões para uma melhor compreensão e entendimento do processo, que na visão de Oliveira (2007) e Costa (2009), viabilizam: padronização, clareza, organização, objetividade e um bom nível de detalhamento do processo.

Uma vez compreendida a execução dos processos, torna-se possível melhorá-los para que a organização possa vir a funcionar bem, empregando técnicas e ferramentas de forma a originar um novo modelo de processo com as melhorias propostas para a situação atual já identificada e descrita. A seguir tem-se o quadro 6 com a identificação dos gargalos anotados.

Quadro 6 – Fase 1 – Identificação dos problemas

FLUXO	TAREFA	FERRAMENTAS EMPREGADAS	OBSERVAÇÕES
1	Escolher o problema	i. Descrição do processo atual (seus passos); ii. Mapeamento do processo atual junto ao DEPES e Protocolo; iii. <i>Brainstorming</i> ; e, iv. 5W1H.	<p>Foram mapeados os seguintes gargalos na seção 3.2.1.1 do capítulo 3:</p> <p>1. Secretaria do DEPES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de um formulário próprio para solicitação; • Ausência de conferência da documentação exigida; • Falta de <i>Check List</i>. <p>2. Diretoria da DDD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demora no trâmite do processo. <p>3. Servidor da DPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de documentação exigida; • Retrabalhos. <p>Foram mapeados os seguintes gargalos na seção 3.2.2.1 do capítulo 3:</p> <p>1. Protocolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carência de um servidor habilitado e treinado; • Falta de um formulário próprio para solicitação; • Ausência de conferência da documentação exigida; • Falta de <i>Check List</i>. <p>2. Diretoria da DDD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demora no trâmite do processo. <p>3. Servidor da DPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de documentação exigida; • Retrabalhos.
2	Histórico do problema	i. Coleta de dados junto ao DEPES e Protocolo; e, ii. <i>Brainstorming</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • A inexistência de formulário próprio, a falta de documentação e <i>Check List</i> dificultam a conferência; • A ausência de treinamento nos locais onde são feitos os pedidos também ocasiona falhas nos processos; • A existência de dois locais para entrega da solicitação é outro fator de dificuldade.
3	Identificar perdas atuais e ganhos viáveis	i. Dados obtidos junto ao mapeamento do processo (seus passos); e, ii. <i>Brainstorming</i> .	<p>Perdas atuais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de documentação necessária; • Lentidão no processo. <p>Ganhos viáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação de formulário padrão; • Maior agilidade no trâmite do processo; • Treinamento; • Redução dos custos.

Fonte: Adaptado de Oliveira (2007)

O quadro 6 identifica os problemas encontrados no processo, as ferramentas utilizadas no local da pesquisa, bem como perdas e ganhos que serão discutidas e melhor analisadas na sequência do PDCA pelo pesquisador.

A seguir, o quadro 7 demonstra os passos desenvolvidos no local da pesquisa na fase de observação dos problemas identificados no quadro anterior.

Quadro 7 – Fase 2 – Observação dos problemas

FLUXO	TAREFA	FERRAMENTAS EMPREGADAS	OBSERVAÇÕES
1	Descoberta das características dos problemas por meio de coleta de dados	i. <i>Brainstorming</i> com os servidores do DEPES; e, ii. 5W1H.	<p>Foram encontradas as seguintes características nos gargalos mapeados:</p> <p>a) Quando a documentação é entregue na Secretaria do DEPES ou no Protocolo Geral da UFAM, não há conferência;</p> <p>b) Devido ao grande número de documentos recebidos pelo Protocolo Geral da UFAM, muitas vezes o processo é encaminhado equivocadamente para outro setor;</p> <p>c) Da mesma forma, quando a documentação é entregue na Secretaria do DEPES, o grande volume de trabalho existente na DDD acarreta atrasos no fluxo do processo.</p> <p>d) A burocracia também dificulta o fluxo mais eficiente do processo. O grande volume de passos em cada fluxo, tanto via Protocolo da UFAM, com via protocolo da Secretaria do DEPES aumentam os custos.</p>
2	Descoberta das características dos problemas por meio de observação no local	i. Análise no local onde ocorre o fenômeno juntamente com os servidores que realizam os trabalhos.	<p>Após observação nos locais onde ocorrem os fenômenos percebeu-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A existência de dois locais para entrega da documentação de petição do ressarcimento de planos de saúde dificulta a operacionalização de ordem conferencial, principalmente quando feita no Protocolo Geral da UFAM devido à ausência de treinamento dos servidores; • O servidor não é informado que necessita apresentar mensalmente o comprovante de pagamento do plano de saúde para ter direito ao ressarcimento, apenas apresenta a documentação e da entrada no processo acarretando prejuízos financeiros ao requerente; • A ausência de <i>Check List</i> para a conferência da documentação também acarreta perdas substanciais, pois, a conferência só é feita no final de cada processo, um erro que ocasiona aumento nos custos e gera descontentamento por parte do requerente.

Fonte: Adaptado de Oliveira (2007)

O Quadro 7 expõe os resultados das pesquisas feitas no local e as principais características dos gargalos observados no quadro anterior pelo pesquisador.

Ao término das etapas de identificação e observação dos fenômenos analisados, o quadro 8 a seguir, adaptado de Oliveira (2007) pelo pesquisador,

apresenta os passos relativos à etapa seguinte, que foi de análise dos problemas já descritos na seção anterior. As ferramentas utilizadas nesta etapa foram *Brainstorming* e 5W1H no local/foco da pesquisa.

Quadro 8 – Fase 3 – Análise dos problemas

FLUXO	TAREFA	FERRAMENTAS EMPREGADAS	OBSERVAÇÕES
1	Definição das causas influentes	i. <i>Brainstorming</i> com os servidores do DEPES; e, ii. 5W1H	Foram encontradas as seguintes causas dos gargalos nos processos analisados: a) A existência de dois locais para entrega da documentação dificulta o seu controle e conferência; b) Ausência de treinamento e um <i>Check List</i> tanto no Protocolo Geral quanto na Secretaria do DEPES; c) A burocracia no trâmite do processo retarda o fluxo; d) O grande volume de passos durante os processos e a alta demanda por outros serviços na DDD ocasiona atrasos e dificulta a tramitação da documentação.
2	Escolha das causas mais prováveis (hipóteses)	i. Gestão da Qualidade e resultados da observação dos problemas.	De acordo com as análises das causas prováveis nos locais onde ocorrem os fenômenos percebeu-se que: • A existência de dois locais para entrega da petição do ressarcimento de planos de saúde, a ausência de servidores treinados e a falta de um <i>Check List</i> dificultam sua operacionalização; • Ausência de um Boletim Informativo e sistemas de informação eficientes dificultam a comunicação entre DEPES e servidores; • O grande número de etapas no processo aumenta os custos e diminui a eficiência; • A demanda com outras atividades consideradas de maior importância nos setores analisados também reduz o fluxo dos processos

Fonte: Adaptado de Oliveira (2007)

No quadro 8 foi feita a análise pelo pesquisador dos problemas encontrados no processo de solicitação do benefício de ressarcimento dos planos de saúde dos servidores da UFAM, baseado nas causas levantadas na etapa de observação.

Nesta fase foram utilizadas as ferramentas *Brainstorming* e 5W1H no local/foco da pesquisa, seguindo a metodologia adaptada de Oliveira (2007). Superada esta etapa, será estabelecido um plano de ação pelo pesquisador visando à eliminação ou redução dos problemas (gargalos de processo) destacados.

4.3 Plano de Ação – Simulação das melhorias nos processos críticos

A simulação das melhorias nos fluxos dos processos críticos (gargalos) que foram evidenciados pelo pesquisador no quadro 6, se faz necessária para comprovação ou não dos resultados expostos até aqui, segundo Oliveira (2007). Nesta nova simulação (teste piloto) foram utilizadas as mesmas ferramentas dos cenários I e II. Baseado nestes resultados foi possível recriar os fluxos dos processos de planos de saúde particulares dos servidores da UFAM já mostrados até aqui, configurando uma realidade desejada que será descrita em seguida:

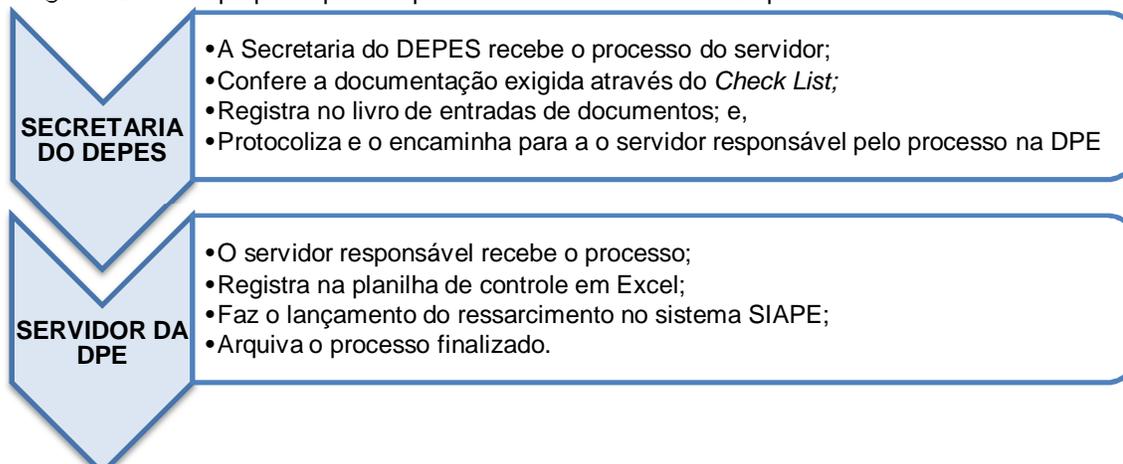
- **Local de entrega e conferência da documentação** – a adoção de apenas um local para entrega e a criação de um formulário específico de solicitação do ressarcimento do plano de saúde⁶ (Secretaria do DEPES), o treinamento de servidores do local definido e a adoção de *Check List*, permitirá a eliminação de falhas na conferência da documentação necessária para a continuidade do processo;
- **Demora no trâmite do processo** – a adoção de um único local para entrada da solicitação (Secretaria do DEPES), e a tramitação direta para o servidor responsável pelo cadastramento e pagamento do ressarcimento após a conferência da documentação, através de formulário específico onde já constaria um *Check List*, reduzirá as fases do processo e permitirá a eliminação das falhas apontadas nesta parte do processo;
- **Falta de documentação e retrabalhos** – com a conferência da documentação exigida por lei no início do processo, se evitará a ausência de documentos comprobatórios do servidor solicitante que inviabilizaria a continuidade do trâmite, o que acarretaria retrabalhos e aumento dos custos.

Portanto, após a aplicação de todas as ações de melhoria contínua da Gestão da Qualidade, mediante o emprego das ferramentas citadas na fundamentação teórica e metodologia adaptada de Oliveira (2007) nos processos de ressarcimento de planos de saúde da UFAM, será possível propor novo fluxo. A

⁶ Anexo VI – Formulário Desenvolvido: Requerimento de Ressarcimento para Titular de Plano de Saúde.

seguir serão detalhados os procedimentos necessários passo a passo, após a remodelagem do fluxo, conforme a figura 12:

Figura 12 - Fluxo proposto para os processos de ressarcimento de planos de saúde via Secretaria



Fonte: Próprio autor

Na proposta exposta na figura 12 pelo pesquisador, é evidente a inexistência das operações onde ocorriam os gargalos. Nas etapas dos processos definidas descritas e analisadas anteriormente, os gargalos eram frequentes, gerando prejuízos. Os objetivos para essa fase são:

- a) Aumentar a eficiência operacional;
- b) Eliminar ou reduzir gargalos;
- c) Evitar retrabalhos; e,
- d) Reduzir custos e prazos de atendimento.

No tópico seguinte o pesquisador apresentará os resultados da simulação (teste piloto) da nova proposta de fluxo.

4.4 Nova proposta de fluxo via Secretaria do DEPES – Cenário III – Teste Piloto

O pesquisador, nesta etapa do trabalho, para efeito de padronização e parametrização dos dados da pesquisa, descreve o trâmite da mesma quantidade de processos observados na situação atual, descrita anteriormente, que eram de 174 (cento e setenta e quatro) processos.

A simulação da proposta de novo fluxo foi acompanhada no mês de maio de 2012 através do teste piloto. Vale ressaltar que todos os processos de ressarcimento de planos de saúde, tanto da capital como os advindos do interior, podem ser

perfeitamente recebidos pelo DEPES, uma vez que o Departamento conta com uma Secretaria exclusiva, conforme organograma do Departamento citado (Fig. 9) apresentado no capítulo 2, onde todos os documentos direcionados ao setor são devidamente registrados no livro de entradas, eliminado assim, a necessidade de tramitação via Protocolo Geral da UFAM.

Também serão mostradas estatísticas feitas através da observação do objeto de estudo. A tabela 11 a seguir mostra as quantidades diárias de processos que deram entrada na Secretaria do DEPES com o total de horas envolvidas na tramitação dos mesmos.

Tabela 11 – Quantidade de processos e horas envolvidas no trâmite - Novo fluxo proposto via Secretaria do DEPES

PROCESSOS		TEMPO DE TRÂMITE DOS PROCESSOS – PROPOSTA VIA SECRETARIA DO DEPES – MÊS DE MAIO/2012		
DIA	QTD. DE PROC/DIA	DATA INÍCIO	DATA FIM	TOTAL EM HORAS
01	28	02/05/12	02/05/12	8
02	27	03/05/12	03/05/12	8
03	25	04/05/12	04/05/12	8
04	25	07/05/12	07/05/12	8
05	18	08/05/12	08/05/12	8
06	0	-	-	0
07	0	-	-	0
08	0	-	-	0
09	0	-	-	0
10	0	-	-	0
11	0	-	-	0
12	0	-	-	0
13	1	18/05/12	18/05/12	8
14	7	21/05/12	21/05/12	8
15	3	22/05/12	22/05/12	8
16	6	23/05/12	23/05/12	8
17	1	24/05/12	24/05/12	8
18	2	25/05/12	25/05/12	8
19	5	28/05/12	28/05/12	8
20	11	29/05/12	29/05/12	8

21	7	30/05/12	30/05/12	8
22	8	31/05/12	31/05/12	8
TOTAIS	174	-	-	120

Fonte: Próprio autor

Assim como na tabela 5 apresentada anteriormente, para efeito de padronização, o pesquisador evidencia o tempo total gasto no mês de maio de 2012 com o trâmite de 174 (cento e setenta e quatro) processos, que foi da ordem de 120 (cento e vinte) horas, como mostra a tabela 11. Aqui é possível observar a melhora no tempo total gasto com a atividade.

Em seguida, a tabela 12 mostra o valor dos salários base dos servidores envolvidos em cada passo do processo.

Tabela 12 – Média dos vencimentos básicos dos servidores envolvidos no processo – Proposta via Secretaria do DEPES

PASSOS DO PROCESSO PROPOSTO MAIO/2012	VENCIMENTOS BÁSICOS DOS SERVIDORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO
Passo 1	1.821,94
Passo 2	2.252,65
TOTAL BRUTO DOS SALÁRIOS	4.074,59

Fonte: Próprio autor

Nesta simulação de novo fluxo proposto pelo pesquisador como mostra a tabela 12, o total bruto dos salários base dos servidores que participam ativamente do trâmite, foi da ordem de R\$ 4.074,59 (quatro mil e setenta e quatro reais e cinquenta e nove centavos). Vale ressaltar que para efeito de parametrização foram utilizados os mesmos critérios adotados nos cenários I e II para esta etapa da simulação (teste piloto). Com o total de horas envolvidas no trâmite dos processos, foi possível calcular a média dos vencimentos básicos, o custo médio da hora envolvida no trâmite dos processos, o custo médio por processo, o custo total dos 174 (cento e setenta e quatro) processos do mês de maio de 2012 e o tempo médio gasto em horas para cada processo, como mostra a tabela 13 a seguir:

Tabela 13 – Média de custos e tempo dos processos – Proposta via Secretaria do DEPES

COMENTÁRIOS PROCESSO PROPOSTO	MÉDIAS
Média dos vencimentos básicos dos servidores envolvidos no processo	2.037,30
Custo médio da hora envolvida no trâmite dos processos	11,58
Custo médio por processo (giro total)	7,99
Custo médio total do mês de maio de 2012	2.014,92
Tempo médio por processo em horas	00:41:23
Quantidade de horas/mês trabalhadas (8 X 22)	176

Fonte: Próprio autor

Analisando-se os dados da tabela 13, pode-se observar que houve um ganho substancial com relação a todo o processo, a média dos vencimentos básicos dos servidores envolvidos nos dois passos do trâmite do processo proposto via Secretaria do DEPES é da ordem de R\$ 2.037,30 (dois mil e trinta e sete reais e trinta centavos). Pode-se verificar também que o custo médio da hora envolvida no trâmite é de R\$ 11,58 (onze reais e cinquenta e oito centavos) e que o custo médio por cada processo foi de em R\$ 7,99 (sete reais e noventa e nove centavos), haja vista que o tempo médio por processo foi reduzido para 00:41:23 (quarenta e um minutos e vinte três segundos). Com esses novos dados foi possível se calcular também o custo médio total dos processos do mês de maio, que foi da ordem de R\$ 2.014,92 (dois mil e quatorze reais e noventa e dois centavos), para a mesma quantidade de horas trabalhadas nos dois fluxos descritos nos cenários I e II, ou seja, 176 (cento e setenta e seis) horas.

4.4.1 Análise comparativa entre os fluxos atuais e o fluxo proposto

Após a definição e a descrição dos procedimentos atuais, e a apresentação do novo fluxo proposto, foi possível ao pesquisador realizar uma análise comparativa dos ganhos percentuais entre os fluxos atuais e a proposta de novo fluxo. A análise está apontada e representada através dos quadros 9 e 10 e gráficos 1 e 2.

4.4.1.1 Melhoras percentuais – Secretaria do DEPES X Proposta

Após a simulação (teste piloto) do fluxo melhorado e com a redução de seis para duas etapas no processo proposto em relação ao atual via Secretaria do

DEPES, foi possível ao pesquisador calcular as melhorias, mediante o cruzamento dos dados observados entre ambos os fluxos.

O estudo comparativo dos processos evidencia os ganhos percentuais mostrando que os objetivos traçados para esta etapa do trabalho foram atingidos, ou seja, houve aumento da eficiência operacional, foi possível eliminar os gargalos evitando retrabalhos e, principalmente, foi possível reduzir os custos e os prazos de atendimento, como mostra o quadro 9:

Quadro 9 – Análise comparativa e ganhos percentuais com a adoção das melhorias propostas no novo fluxo em relação ao processo via Secretaria do DEPES

Legenda	Secretaria	Proposta	Melhoras Percentuais
Médias de vencimentos básicos	2.410,67	2.037,30	18,33%
Custos médios das horas envolvidas no trâmite	13,70	11,58	18,31%
Custos médios por processo (giro total)	14,54	7,99	81,98%
Custos médios totais (Janeiro/12 X Maio/12)	2.529,13	2.014,92	25,52%
Tempos médios por processo em horas	01:06:12	00:41:23	41,36%
Totais de horas gastas (Janeiro/12 X Maio/12)	192:00:00	120:00:00	60,00%

Fonte: Próprio autor

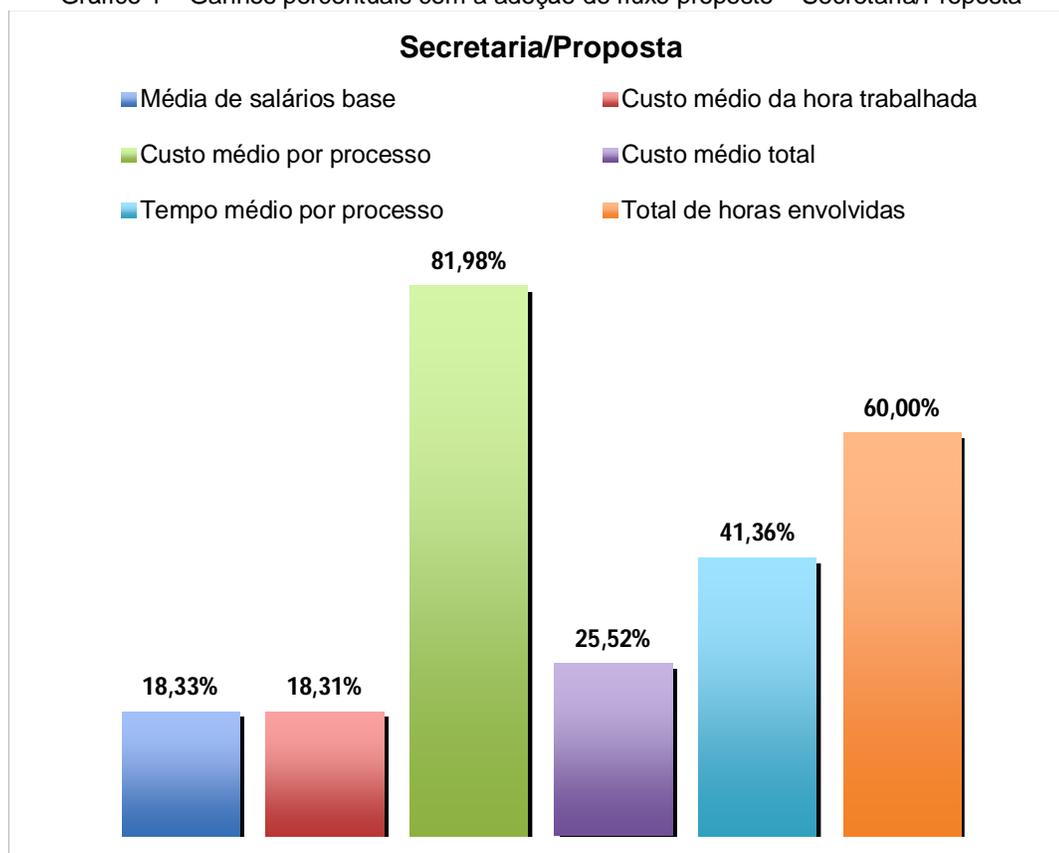
O quadro 9 mostra os ganhos percentuais em relação ao fluxo de processo anterior via Secretaria do DEPES e o fluxo proposto pelo pesquisador. As melhorias são evidentes: em relação à média de vencimentos básicos dos servidores envolvidos no processo, há uma melhora percentual de 18,33%.

O custo médio da hora envolvida no trâmite apresenta uma evolução de 18,31%. No custo médio por processo, a melhora é bastante expressiva, da ordem de 81,98%, uma economia que representa tanto ganhos financeiros, quanto ganhos em relação ao tempo investido na atividade.

Também há ganhos no custo médio total de 25,52%. Outra redução considerável foi a do tempo médio total gasto no fluxo do processo; aqui a melhora foi da ordem de 41,36%. Por fim, o tempo total gasto no mês de janeiro de 2012 em horas, apresenta uma melhora de 60%, ou seja, todo o trabalho do mês que no fluxo atual demora 192 (cento e noventa e duas horas), no fluxo proposto leva menos da metade do tempo hoje gasto.

Cumpridas todas as etapas desta fase proposta pelo pesquisador, fica comprovado que os ganhos com a adoção do novo fluxo são grandes. No gráfico 1 a seguir, a visualização destes ganhos percentuais é evidenciada:

Gráfico 1 – Ganhos percentuais com a adoção do fluxo proposto – Secretaria/Proposta



Fonte: Próprio autor

Como pode ser visto no gráfico 1 relativo a ganhos percentuais, com a adoção do fluxo proposto fica comprovado que os objetivos apontados pelo pesquisador foram perfeitamente alcançados: houve aumento na eficiência operacional, foram eliminados os gargalos do processo, evitou-se retrabalhos e, principalmente, foram reduzidos custos e os prazos de atendimento.

4.4.1.2 Melhoras percentuais – Protocolo Geral X Proposta

O mesmo procedimento descrito na seção anterior foi adotado para o cenário de simulação (teste piloto) nesta etapa da pesquisa. Desta vez, após a simulação do fluxo melhorado e com a redução de sete para duas etapas no processo proposto em relação ao atual via Protocolo Geral da UFAM, foi possível ao

pesquisador calcular as melhorias, mediante o cruzamento dos dados observados entre ambos os fluxos.

Da mesma forma que na seção anterior, o estudo comparativo dos processos evidenciou os ganhos percentuais mostrando que os objetivos traçados para esta etapa do trabalho também foram atingidos, ou seja, houve avanços consideráveis tais como: aumento da eficiência operacional, eliminação de gargalos evitando retrabalhos e, principalmente, houve redução nos custos e prazos de atendimento, como mostra o quadro 10:

Quadro 10 – Análise comparativa e ganhos percentuais com a adoção das melhorias propostas no novo fluxo em relação ao processo via Protocolo Geral da UFAM

Legenda	Protocolo	Proposta	Melhoras Percentuais
Médias de vencimentos básicos	2.558,23	2.037,30	25,57%
Custos médios das horas envolvidas no trâmite	14,54	11,58	25,56%
Custos médios por processo (giro total)	14,80	7,99	85,23%
Custos médios totais (Março/12 X Maio/12)	2.575,70	2.014,92	27,83%
Tempos médios por processo em horas	01:17:14	00:41:23	59,75%
Totais de horas gastas (Março/12 X Maio/12)	224:00:00	120:00:00	86,67%

Fonte: Próprio autor

O quadro 10 denota os ganhos percentuais em relação ao fluxo de processo via Protocolo e o fluxo proposto pelo pesquisador.

As melhorias são claras em relação à média de vencimentos básicos dos servidores envolvidos nos processos, há uma melhora percentual de 25,57%. O custo médio da hora envolvida no trâmite apresenta um progresso de 25,56%. No custo médio por processo, a melhora é bastante evidente, da ordem de 85,23% uma economia ainda melhor no comparativo com a Secretaria.

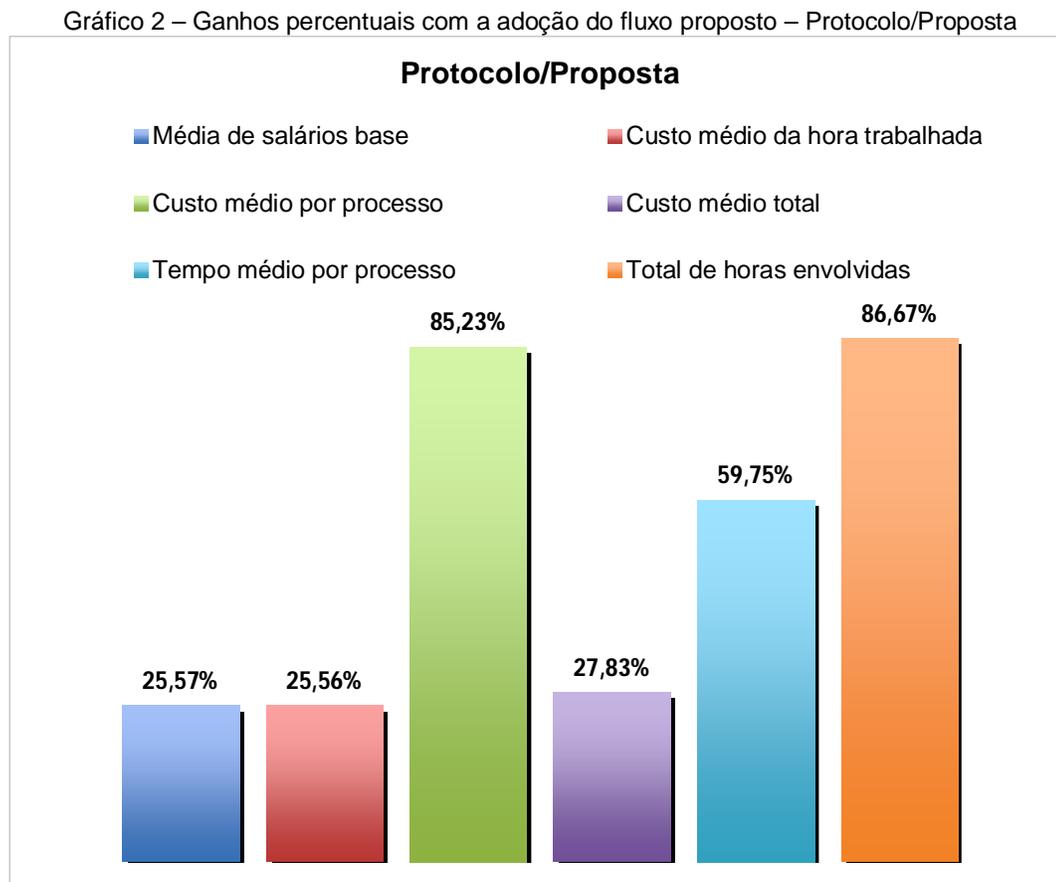
Também há ganhos no custo médio total de 27,83%. Outra redução considerável foi a do tempo médio total gasto no fluxo do processo, aqui a melhora foi da ordem de 59,75%.

Finalmente, o tempo total gasto no mês de março de 2012 em horas, apresentou uma melhora de 86,67%, ou seja, todo o trabalho do mês que no fluxo atual demora 224 (duzentos e vinte e quatro horas), no fluxo proposto pelo pesquisador leva menos da metade do tempo hoje gasto.

Após o cumprimento de todos os passos da simulação com o processo melhorado, foi possível verificar que no fluxo atual ocorrem diversos prejuízos tanto para o cliente, neste caso o servidor requerente, como para a instituição UFAM, considerando-se a burocracia evidenciada durante a pesquisa, onde o requerimento feito pelo solicitante passa por diversos setores para o cumprimento de normas pré-estabelecidas pela gestão.

Uma vez feita esta mudança, qual seja a redução do fluxo, como pôde ser constatado e comprovado pelo pesquisador, o processo torna-se mais eficiente, evitam-se gargalos, eliminam-se retrabalhos e os ganhos com a redução dos custos por processo, são sem dúvida os mais significativos, da ordem de 85,23%, bem como a redução substancial no tempo gasto com esta atividade mensalmente.

No gráfico 2, a visualização dos ganhos percentuais com a adoção do fluxo proposto foi demonstrada:



Fonte: Próprio autor

Da mesma forma como na simulação feita no cenário I, via Secretaria do DEPES, quando realizada pelo Protocolo Geral da UFAM no cenário II, como pode ser visto no gráfico 2, os ganhos percentuais foram ainda mais expressivos. Isso denota que, como na seção anterior, a adoção do fluxo proposto no cenário III (teste piloto), melhora todo o processo, pois houve aumento na eficiência operacional, eliminaram-se os gargalos do processo, evitaram-se retrabalhos e, principalmente, foram reduzidos custos e prazos de atendimento.

4.5 Resultados gerados após a mudança do fluxo de processo

Os resultados obtidos pelo pesquisador com a mudança dos fluxos dos processos segundo a metodologia adaptada de Oliveira (2007) foram compartilhados com a Direção do DEPES. Em alguns pontos a comentar e apresentar, as alterações foram processadas e geraram-se ganhos consideráveis. No entanto, a maior parte dos procedimentos ainda não puderam ser implementados devido à burocracia e por não haver o tempo necessário para realização dos mesmos.

O plano de ação, última etapa do planejamento realizada pelo pesquisador, no qual são expostas as propostas para a melhoria dos processos, mediante metodologia de fluxo adaptada de Oliveira (2007), estão descritas no quadro 11, e à disposição da Direção do DEPES para aplicação quando melhor lhe convier.

Quadro 11 – Plano de ação dos novos fluxos de processo

FLUXO	TAREFAS	FERRAMENTAS EMPREGADAS	OBSERVAÇÕES
	ELABORAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE AÇÃO	i. <i>Brainstorming</i> com a Direção do DEPES.	As recomendações para cada processo (gargalos) foram comentadas e avaliadas neste plano de ação. As consequências das mudanças ocasionadas pelas mesmas, também estão dispostas aqui, assim como a eficácia e a eficiência destas com relação aos gargalos de processos abaixo discriminados de acordo com o quadro 6: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de formulário próprio para a solicitação; • Ausência de conferência da documentação; • Falta de <i>Check List</i>; • Demora no trâmite do processo; • Carência de um servidor habilitado e treinado; • Retrabalhos.
	ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	i. <i>Brainstorming</i> com a Direção do DEPES; ii. 5W1H; e, iii. Gestão da Qualidade aplicada aos processos de Planos de Saúde da UFAM.	De acordo com os estudos realizados e considerações de soluções apresentadas pelo pesquisador através do novo fluxo de processo, propõem-se as seguintes providências: <ul style="list-style-type: none"> • Criação de formulário próprio para solicitação do ressarcimento de plano de saúde, constando relação da documentação exigida; • Conferência de toda a documentação exigida na primeira etapa do fluxo de processo proposto; • Adoção de <i>Check List</i> que pode ser perfeitamente adaptado ao formulário de solicitação; • Redução da burocracia imposta no fluxo atual através da diminuição das etapas evidenciadas no fluxo proposto; • Treinamento de servidores lotados na Secretaria do DEPES para habilitá-los a receber o processo e realizar a verificação necessária do mesmo; • Evitar que processos sejam encaminhados pela Secretaria sem a devida conferência.

Fonte: Adaptado de Oliveira (2007)

No quadro 11 são desenvolvidas as estratégias e o plano de ação para tornar viável o bloqueio das causas dos gargalos listados pelo pesquisador. As

propostas de ações corretivas são necessárias, segundo Oliveira (2007), para atingir as causas e não os efeitos.

Também foi exposto o estudo de caso realizado no Departamento de Pessoal da UFAM, aplicando-se a metodologia adaptada de Oliveira (2007) neste capítulo.

Através deste estudo foi possível identificar os resultados já expostos e se pôde comprovar que a modelagem de processos pode proporcionar grandes benefícios e ser perfeitamente adaptada ao serviço público.

Através da modelagem de processos adaptada de Oliveira (2007), foi possível contextualizar a situação atual do fluxo no Departamento de Pessoal da UFAM, bem como identificar seus problemas atuais. Seguindo esta linha de raciocínio melhoraram-se os processos, associando a modelagem com as ferramentas de melhoria contínua, aplicando-se o PDCA aliado as técnicas de gestão para, enfim, ser proposto um conjunto de medidas com a finalidade de validar todo o processo no Departamento de Pessoal junto aos gestores da UFAM.

CONCLUSÃO

O estudo em questão adotou as técnicas de Gestão da Qualidade aplicada aos processos para atingir os objetivos da pesquisa baseado no método de modelagem de processos adaptado de Oliveira (2007). Foram utilizadas ferramentas de melhoria contínua e alguns conceitos básicos da qualidade voltada ao setor público.

Foi observado durante a pesquisa que os primeiros trabalhos voltados à gestão da qualidade no setor público no Brasil de acordo com Andriani (2001), surgiram na década de 1970, devido ao desgaste pelo qual já passava o setor de serviços prestados aos cidadãos, considerando-se os grandes problemas já enfrentados devido à burocracia e ao longo fluxo de atividades.

Neste sentido a proposta de remodelagem dos processos pode contribuir para buscar redução de custos, diminuição do fluxo das atividades, eliminação de gargalos e a melhoria contínua das atividades que vão ao encontro das necessidades dos cidadãos.

A pesquisa assinalou o problema pelo qual o Departamento de Pessoal da UFAM passa com relação aos processos de planos de saúde solicitados pelos servidores e apontou soluções para melhorar a eficiência e a eficácia do DEPES com relação aos mesmos, de forma a contribuir para um melhor desempenho.

Para fundamentar teoricamente o trabalho, foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica através de revisão da literatura apresentada no capítulo 1, tornando possível ao leitor melhor contextualização do tema proposto. Também foi apresentado no capítulo 2 um breve histórico da UFAM para facilitar o entendimento da complexidade da estrutura administrativa da Universidade Federal do Amazonas e situando o Departamento de Pessoal em sua estrutura com as devidas competências.

No capítulo 3 foi contextualizada a situação problema, e apresentada detalhadamente a metodologia adaptada de Oliveira (2007) usada na pesquisa. Em seguida no capítulo 4 foram definidos, descritos e analisados os processos atuais realizados pelo DEPES e apresentada a proposta de melhoria do fluxo de processo mediante a aplicação da metodologia adaptada de Oliveira (2007), bem como o estudo de caso realizado no Departamento de Pessoal da UFAM.

Através deste estudo foi possível identificar os resultados já apresentados e se pode comprovar que a modelagem de processos proporciona grandes benefícios ao se adaptá-la ao serviço público, com o intuito de responder a pergunta da pesquisa: como melhorar o desempenho da Divisão de Pagamento e Encargos do Departamento de Pessoal DPE/DEPES da UFAM na área de Convênios de Planos de Saúde?

Da mesma forma, supõe-se que os objetivos específicos tenham sido alcançados de acordo com o disposto a seguir:

No capítulo 4 da pesquisa foram definidos os procedimentos atuais relativos aos pedidos de ressarcimento de planos de saúde dos servidores da UFAM junto ao DEPES, primeiro objetivo específico da pesquisa.

O segundo objetivo específico, descrever os procedimentos atuais relativos ao recebimento de documentações dos pedidos de ressarcimento de planos de saúde, também foram descritos no capítulo 4. Em seguida, foi feita a análise dos mesmos procedimentos, onde foi verificado o longo trâmite processual, as falhas e gargalos do processo, atendendo ao terceiro objetivo específico.

O quarto objetivo específico, apresentar propostas de novos procedimentos com fulcro no PDCA visando à maximização dos resultados, foi apresentado no final do capítulo 4, onde utilizou-se a metodologia adaptada de Oliveira (2007), atendendo a todos os critérios predispostos na dissertação.

Os resultados apresentados nesta dissertação apontaram para a comprovação de que o trabalho atingiu o seu principal objetivo, isto é, propor novos procedimentos que aperfeiçoem o desempenho dos serviços desenvolvidos na Divisão de Pagamento e Encargos no Departamento de Pessoal da Universidade Federal do Amazonas DPE/DEPES/UFAM, na área de processos de convênios de planos de saúde reduzindo custos com a eliminação de desperdícios e retrabalhos.

Portanto, com a realização deste trabalho, foi possível demonstrar a viabilidade metodológica adaptada de Oliveira (2007) sugerida para o novo fluxo de processo, uma vez que os gargalos dos processos atuais foram evidenciados e foi possível propor melhoria concreta dos mesmos.

As limitações do trabalho foram encontradas na:

- Escassez de pesquisas voltadas para a questão;
- Ausência de literatura específica direcionada ao setor público; e,
- Carência de métodos aplicáveis ao setor de serviços públicos.

Apesar destas limitações, foram destacadas algumas recomendações para trabalhos futuros, muitas das quais constituídas a partir dos obstáculos com os quais o estudo se deparou. Enfatizou-se, ainda que as recomendações aqui dispostas, não encerram a possibilidade de outras propostas de trabalhos sobre o tema, tais como:

- Aplicação do método estudado em outros fluxos de processos no DEPES da UFAM com maior grau de precisão em relação aos custos;
- Aproveitamento da metodologia adotada para novos trabalhos em outras unidades e setores da UFAM; e,
- Trabalhos em outras IFES na área de modelagem de fluxo de processos.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Karl; ZEMKE Ron. **Service America**: doing business in the new economy. Dow Jones-Irwin, 1985. 203 p.

_____. **A 3ª revolução da qualidade**. HSM Management. ano 3, nº 17, nov-dez, 1999. p. 108 a 112

ANDRIANI, C. S. **Modelo de Gestão Pública**: conceitos e linguagem. Campinas: Diagrama Consultoria Empresarial, 2001.

ANGELIM, Gustavo Pereira. **Potencial de Aprendizagem Organizacional e Qualidade de Gestão**: um Estudo multi-caso em Organizações Públicas Brasileiras. 2003. Dissertação apresentada ao Departamento de Administração da Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

BRASIL. **Decreto-lei nº 5.378**, de 23 de fevereiro de 2005. Institui o Programa Nacional da Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA e o Comitê Gestor do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2004-2006/2005/Decreto/D5378.htm>. Acesso em: 13 dez 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Estruturação e Funcionamento do Comitê Conceitual do GESPÚBLICA**. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização, Brasília, DF: MP/Secretaria de Gestão, mimeo, 2005. 7 p.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Avaliação externa de instituições de educação superior: diretrizes e instrumento**, Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/>>. Acesso em: 13 dez 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA. **Documento de Referência**- Cadernos GESPÚBLICA, Brasília, 2006b.

_____. **Lei nº 4.069A**, de 12 de junho de 1962. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4069-a-12-junho-1962-353814-norma-actualizada-pl.html>> Acesso em: 24 jan 2012.

_____. **Lei nº 8112**, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm>. Acesso em: 25 jan 2012.

BRITO, Rosa Mendonça de. **100 anos UFAM**. Manas: EDUA, 2009.

BONNE, Louis, KURTZ, David. **Marketing Contemporâneo**. 87. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

BRANDOLESE, A.; **The Problems of Total Quality, Production Planning of Control**, v. 5, n° 4, 1994. p. 330-336

BUSINESS WEEK. Disponível em: <<http://www.businessweek.com/archive/1991-12/bbg/day2.html>>. Acesso em: 15 dez 2011.

CALARGE, Felipe Araújo; LIMA, Paulo Corrêa. Da abordagem do TQM ao GQT: a utilização da metodologia do projeto axiomático no desenvolvimento de modelos de gestão sistêmica da qualidade. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 8, n. 2, 2001. p. 196-213.

CAMPOS J.A., **Cenário balanceado: painel de indicadores para gestão estratégica dos negócios**. São Paulo, Aquariana, 2009.

CARR, David K.; LITTMAN, Ian D. **Excelência nos serviços públicos**: gerência da qualidade total na década de 90. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992. 332 p.

CASAS, Alexandre Luzzi Las. **Qualidade total em serviços**: conceitos, exercícios, casos práticos. 3. ed. São Paulo: Atlas, 206 p., 1999.

COBRA, M. **Marketing de serviços**. 2 ed. São Paulo: Cobra, 2001.

CONTE, A. L., DURSKI, G. Qualidade. In: **Coleção Gestão empresarial**. Curitiba: Gazeta do Povo, 2002. Disponível em: < <http://www.fae.edu>> Acesso em: 11 dez 2011.

CORREIA, Balbina Raquel de Brito *et al.* **Implantação do programa 5S em um setor de injeção termoplástica sob aspectos da melhoria contínua**. In: XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 2010. Disponível em: <<http://www.abepro.org.br>>. Acesso em: 14 dez 2011.

COSTA, L. **Formulação de uma metodologia de modelagem de processos de negócio para implementação de *workflow***. 2009, 130 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2009.

CROSBY, Philip B. Qualidade é investimento. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1999. In: CORDEIRO, Célio de Oliveira; ANDRADE, Antônio Carlos. **O ensino na engenharia de produção para medição da qualidade dos serviços hoteleiros**. In: XXVII ENEGEP - Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2007, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 09 a 11 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://www.abepro.org.br>>. Acesso em: 17 dez 2011.

DALFOVO, Michel Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos**: um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada. Blumenau, v. 2, n. 4, p. 1–13. Sem II. 2008

DEMING, W. Edwards. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990. In: MOURA, Jaqueline Mateus. *Análise setorial no prêmio de qualidade do estado do Rio de Janeiro para micro e pequena empresa*. **Revista Cadernos de Administração**, Rio de Janeiro, ano 01, v. 01, nº 02, jul/dez. 2008.

FALCONI, V. **Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. Bloch Editores. RJ. 1992.

FERREIRA, André Ribeiro. **Análise comparativa do Prêmio Qualidade do Governo Federal com outros prêmios nacionais e internacionais de qualidade**. Rio de Janeiro, 2003. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública)- Fundação Getúlio Vargas, 2003.

FOWLER, Eliane D'Martin. *Investigação sobre a utilização Gestão pela excelência de programas de qualidade (GESPÚBLICA) nas universidades federais de ensino superior*. Dissertação (Mestrado), Itajubá (MG), 2008. (p. 24). In: PIRES, Jose Calixto de Souza; MACEDO, Katia Barbosa. **Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n.1, jan./fev. 2006. p. 81-105.

FROTA, Cláudio Dantas. **A gestão da qualidade aplicada ao transporte de passageiros na Amazônia Ocidental**. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ/COPPE, 2008.

GESPÚBLICA. **Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização**. Disponível em <https://www.gespublica.gov.br/folder_publicacoes/pasta.2009-04-23.1308768764>. Acesso em 17 dez. 2011.

GIANESI, I. N.; CORRÊA, H. L. *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas, 1996. SANTOS, Luis Alfredo Marques dos *et al.* **A satisfação de usuários do serviço de tv a cabo: revisitando as dimensões servqual**. 2009. *Revista ANGRAD*, v. 10, n. 3, Julho/Agosto/Setembro 2009. Disponível em: <www.angrad.org.br>. Acesso em: 09 dez 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento de serviços - a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HIKAGE, O. K.; CARVALHO, M. M.; LAURINDO, F.J.B. **Praticando o processo de implementação de estratégia utilizando o *Balanced Scorecard***. In: XXIII ENEGEP - Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2003, Ouro Preto. Anais do XXIII ENEGEP. Porto Alegre, v. 1, p. 1-8, 2003.

JENKINS, G. *Quality control*, 1971. In: PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2000.

JURAN, Joseph M. *A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços – Tradução de Nivaldo Montingulli Jr.* São

Paulo: Pioneira, 1997. In: MATOS, Fernanda Fernandes. **Planejamento e Gestão da Qualidade**. Publicado em 22 de outubro de 2009 em Administração e Negócios. Disponível em: < <http://www.webartigos.com> >. Acesso em: 15 dez 2011.

_____.; GRYNA, F. **Controle da qualidade**: handbook. São Paulo: Makron Books/McGraw-Hill, v. 1, 1991. Conceitos, políticas e filosofia da qualidade.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. 5. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1993.

_____. **Princípios de marketing**. 7. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

LEONARD-BARTON, D. L. **A dual methodology for case studies: synergistic use of a longitudinal single site with replicated multiple sites**. Organization Science, v. 1, n. 3, 1990. p. 248-266.

LOBOS, Júlio. **Qualidade através das pessoas**. São Paulo: J. Lobos, 1991.

MAIN, Jeremy. **Quality Wars**: The Triumphs and Defeats of American Business. Simon and Schuster, 1994. 382 p.

MATOS, Fernanda Fernandes. **Planejamento e Gestão da Qualidade**. Publicado em 22 de outubro de 2009 em Administração e Negócios. Disponível em: < <http://www.webartigos.com> >. Acesso em: 15 dez 2011.

MENDES, R. B. G. e PEREIRA, V. R. P. Contextos governamentais e programas de gestão da qualidade total: implementação de programas de qualidade em empresas públicas do Estado de São Paulo. **Anais...** 16. Encontro Nacional de Engenharia de Produção. 1996.

OLIVEIRA, D. C. **Modelagem processo de negócio como ferramenta de reestruturação organizacional aplicada em uma fundação de pesquisa**. 2007, 115 f., Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção)- Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade no processo**: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas, 1995. 286 p.

_____. **Gestão da qualidade** – teoria e prática. Atlas, São Paulo, 2004.

RANGEL, Alexandre. **Momento da qualidade**. São Paulo: Atlas, 1995.

ROCHA, A. C. C. da *et. al.*. **A modelagem de processo de negócios em empresa pública – a experiência da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN na modelagem dos processos de negócio do Serviço de Tecnologia da Informação – SETIN**. Disponível em: <<http://www.univercidade.com.br>> acesso em 11 de jan. de 2012.

RUTKOWSKI, J. **Clientes ou cidadãos?** Qualidade e Eficiência no Serviço Público. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, PPGE-EE/UFMG, 1998.

SCHOMBERGER, Richard J. **Serviço sincronizado:** voltado a empresas de serviço. Rio de Janeiro: Pioneira, 1993. p. 26.

SHARMA, A. MOODY, P. E. **A máquina perfeita:** como vencer na nova economia produzindo com menos recursos. Trad. Maria Lúcia G. Leite Rosa. São Paulo: Prentice Hall, 2003. 255 p.

SLACK, Nigel *et al.* **Administração da produção.** Edição compacta. São Paulo: Atlas, 1999.

SOUZA, R. Case Research in Operations Management. EDEN Doctoral Seminar on Research Methodology in Operations Management, Brussels, Belgium, 31st Jan.-4th Feb, 2005.

TENNER, A. R. & DE TORO, I. J. 1992, **Total Quality Management: Three Steps to Continuous Improvement**, Addison-Wesley, Reading Mass. 1992.

UHLMANN, Guinter Wilhem. **Administração das Teorias Administrativas à Administração Aplicada e Contemporânea.** São Paulo: FTD, 1997.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005, 212 p.

**Anexo I – Portaria Normativa
MPOG/SRH nº 3 julho/2009.**

ANEXO I – PORTARIA NORMATIVA MPOG/SRH Nº 3 JULHO/2009**Diário Oficial da União Seção 1****Sexta-feira, 31 de julho de 2009****MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO****SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS****PORTARIA NORMATIVA No- 3, DE 30 DE JULHO DE 2009**

Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso de suas atribuições e considerando o disposto no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, que regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e tendo em vista o Decreto nº 6.081, de 12 de abril de 2007, resolve:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas, deverão observar as disposições desta Portaria.

Parágrafo único. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas referidos no caput são considerados beneficiários, para efeitos desta Portaria.

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 suplementar, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, quando não adotado pelo órgão ou entidade do SIPEC o contido no inciso II deste artigo.

§1º Nos casos de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do SIPEC deverá editar um regulamento ou estatuto de gestão própria, observadas as normas previstas nesta Portaria, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 2º A celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Art. 3º Os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§2º Todas as modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo desta Portaria, com as exceções previstas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

§ 3º Os servidores ativos ou inativos, seus dependentes e pensionistas poderão complementar o custeio de planos de assistência à saúde suplementar superiores ao mínimo previsto no termo de referência básico, sem qualquer custo adicional para a Administração Pública.

§ 4º É facultada aos órgãos ou entidades do SIPEC a contratação de planos de saúde que contemplem a cobertura odontológica.

§ 5º A contratação dos planos de assistência médico-hospitalar e odontológica deverá ser feita separadamente sempre que for técnica e economicamente viável.

DOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 4º Para fins desta Portaria, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

II - na qualidade de dependente do servidor:

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

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

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

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

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

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

III - pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

Parágrafo único. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do inciso II desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele inciso.

Art. 5º Os beneficiários de pensão poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria, na mesma condição, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de manutenção do benefício.

Art. 6º A operadora poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

DA INSCRIÇÃO, ADESÃO, EXCLUSÃO E SUSPENSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 7º É voluntária a inscrição, a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria.

Art. 8º Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar à operadora conveniada ou contratada as solicitações de inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos servidores ativos, inativos e pensionistas.

§ 1º No caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, a inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade setorial ou seccional do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

§ 2º A comunicação de inscrição, de exclusão ou suspensão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio, contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, sendo a data considerada no cronograma o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 9º Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde deverão entregar seus cartões de identificação aos órgãos e entidades do SIPEC, para devolução à operadora.

§ 1º A exclusão do servidor implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

§ 2º As exclusões de plano de assistência à saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações: a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;

b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;

c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano; d) licença sem remuneração;

e) decisão administrativa ou judicial;

f) voluntariamente, por opção do servidor; e g) outras situações previstas em lei.

§ 3º No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º, da Lei nº 8.112, de 11 de

dezembro de 1990, alterada pela Lei nº 10.667, de 14 de maio de 2003.

§ 4º Ressalvadas as situações previstas no § 2º, a exclusão do servidor dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência.

DO CUSTEIO

Art. 10. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes do art. 4º desta Portaria é de responsabilidade da Administração Pública Federal direta, de suas autarquias e fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, condicionado à disponibilidade orçamentária, e dos servidores, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades do SIPEC com assistência à saúde suplementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 2º O valor da contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, observadas as disposições do art. 4º desta Portaria, e será repassada à operadora na data estabelecida no respectivo convênio ou contrato.

Art. 11. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar, corresponderá a um valor fixo definido em convênio ou contrato, observado o disposto em cláusulas de convênios, dos regulamentos ou estatutos das entidades.

§ 1º Os valores de contribuição referentes ao plano de saúde suplementar poderão ser consignados em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos e pensionistas, de acordo com o disposto na legislação vigente.

§ 2º A atualização das contribuições a que se refere o caput será efetuada mediante a apresentação ao órgão competente das planilhas demonstrativas de custos assistenciais dos planos de saúde apresentados para os órgãos e entidades do SIPEC.

§ 3º Eventual participação no custo dos serviços utilizados não poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, até regulamentação específica da matéria.
DA

§ PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 12. Caberá às operadoras conveniadas e contratadas encaminhar, anualmente, aos órgãos ou entidades do SIPEC, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

Parágrafo único. Os dados e documentos relativos à prestação de contas abrangida no caput deverão estar à disposição da Secretaria de Recursos Humanos e dos órgãos de controle interno.

DA SUPERVISÃO DOS CONVÊNIOS OU CONTRATOS

Art. 13. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC a supervisão dos convênios e contratos referidos nesta Portaria.

Art. 14. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, cada órgão ou entidade do SIPEC designará um representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada, nos termos dos convênios e contratos.

Art. 15. No cumprimento de sua atividade supervisora, a Secretaria de Recursos Humanos poderá solicitar, a qualquer tempo, documentos e informações sobre a gestão dos convênios e contratos aos órgãos e entidades do SIPEC.

DOS CONVÊNIOS

Art. 16. Para a celebração de convênios com a Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, as operadoras de planos de saúde deverão atender as seguintes condições:

I - ser classificada como entidade de autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS; e

II - não ter finalidade lucrativa.

DOS CONTRATOS

Art. 17. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro 2004, com a redação dada pelo Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, deverão:

I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovar regularidade no processo instaurado na referida Agência;

II - ter sido regularmente selecionada através de processo competente observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e nesta Portaria; e

DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CONVÊNIOS E CONTRATOS

Art. 18. Para atender o disposto no art. 2º, ficam as operadoras obrigadas a:

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

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

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

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

V - fornecer identificação individual aos beneficiários; e

VI - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o órgão ou entidade do SIPEC conveniente ou contratante.

DO SERVIÇO PRESTADO DIRETAMENTE PELO ÓRGÃO OU ENTIDADE

Art. 19. Entende-se como serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o oferecimento de assistência à saúde suplementar ao servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas, por meio de rede de prestadores de serviços mediante gestão própria ou contrato.

Parágrafo único. O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade deverá dispor, por meios próprios ou contratados, de infra-estrutura administrativa e operacional necessária para o gerenciamento do serviço de assistência à saúde suplementar, observadas as demais disposições desta Portaria.

Art. 20. É vedada a inclusão de beneficiários de outros órgãos e entidades do SIPEC, inclusive na qualidade de dependente, ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 21. Serão criados Conselhos Consultivos paritários no âmbito dos órgãos e entidades, eleitos de forma direta entre seus pares, para fins de encaminhamento dos assuntos relacionados aos serviços prestados, respeitados os casos previstos em lei específica.

Art. 22. Os valores da contribuição mensal do servidor, ativo ou inativo, de seus dependentes e do pensionista, de que trata o art. 11 desta Portaria, serão indicados pelos Conselhos Consultivos paritários e aprovados pelo órgão ou entidade do SIPEC, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 23. A partir da vigência desta Portaria, a criação de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade do SIPEC exigirá regulamento ou estatuto específico do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade aprovado pela SRH/MP.

Art. 24. A avaliação atuarial, que servirá de base para o estabelecimento da receita, despesa e fundo de reserva do respectivo exercício financeiro, deverá ser realizada no início de cada ano civil.

Art. 25. Para a contratação de rede de prestação de serviço deverá ser observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

DO AUXÍLIO

Art. 26. O servidor ativo, inativo e o pensionista poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência direta ou por convênio de autogestão, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências contidas no termo de referência básico, anexo desta Portaria.

§ 1º Em caso de o servidor aderir ao convênio ou serviço prestado diretamente pelo órgão, não lhe será concedido o auxílio de que trata o caput.

§ 2º O auxílio de caráter indenizatório mediante ressarcimento não poderá ser concedido no caso de o órgão ou entidade oferecer assistência à saúde suplementar por meio de contrato.

Art. 27. Para fazer jus ao auxílio, o plano de assistência à saúde suplementar, contratado diretamente pelo servidor, deverá atender, no mínimo, ao termo de referência básico, anexo desta Portaria.

Art. 28. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, de cópia do pagamento do boleto do plano de saúde, desde que apresentada ao órgão setorial ou seccional do SIPEC ao qual está vinculado, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Art. 29. O auxílio poderá também ser requerido para cobrir despesas com planos de assistência odontológica, observadas as regras contidas no art. 26 desta Portaria.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 30. Os convênios e contratos vigentes somente serão renovados mediante o cumprimento das disposições contidas nesta Portaria.

Art. 31. A partir do exercício de 2010, os recursos orçamentários para o custeio da saúde suplementar do servidor serão calculados mensalmente com base no número de beneficiários (servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas) devidamente cadastrados no SIAPE e o valor per capita estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades do SIPEC ficam obrigados a atualizar o módulo de dependentes no SIAPE, e o cadastro dos servidores ativos, inativos e pensionistas titulares dos planos de saúde.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados.

Art. 33. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício.

Parágrafo único. Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no caput não exime o beneficiário do pagamento dos débitos de contribuição e participação de sua responsabilidade.

Art. 34. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização da assistência à saúde pelo titular e seus dependentes, junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 35. O servidor ativo, inativo e o pensionista não inscrito em plano de assistência à saúde suplementar, nas condições previstas nesta Portaria, não fará jus ao custeio de que trata o art. 10.

Art. 36. A aplicação das disposições contidas nesta Portaria dependerá de previsão orçamentária e financeira.

Art. 37. A transferência dos valores referentes ao custeio e às contribuições dos servidores

às respectivas operadoras obedecerá rigorosamente ao cronograma previsto no termo de convênio ou contrato.

Art. 38. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata esta Portaria é de responsabilidade exclusiva dos órgãos e entidades do SIPEC. Art. 39. O órgão ou entidade determinará, para todos os seus servidores, uma única modalidade de gestão de saúde suplementar.

Parágrafo único. Excetua-se da regra estabelecida no caput deste artigo o disposto no artigo 26 desta Portaria Normativa. Art. 40. Ficam revogadas as Portarias Normativas SRH nº 1, de 27 de dezembro de 2007 e nº 4, de 24 de junho de 2008.

Art. 41. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da ANS.

Art. 42. Os prazos de carência bem como as demais situações não previstas nesta Portaria deverão observar as normas regulamentares da ANS. Art. 43. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DUVANIER PAIVA FERREIRA

ANEXO

TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto regular o plano de referência básico dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

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

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

1.3. É obrigatória a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

1.4. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.

2. INCLUSÃO

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

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

2.1.2. Na qualidade de dependente do servidor:

- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

2.1.3. Pensionistas de servidores de órgão ou entidade do SIPEC.

2.1.4. A existência do dependente constante nas letras "a" e "b" do subitem 2.1.2. desobriga a assistência à saúde do dependente constante na letra "c" do referido subitem.

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

2.2. Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, de que trata a Portaria, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano, junto ao setorial ou seccional do SIPEC.

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

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

2.4. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria.

2.5. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à operadora conveniada ou contratada.

2.5.1. No caso de serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, a inscrição e a exclusão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

2.5.2. A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de

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

2.6. Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelos órgãos e entidades do SIPEC, que os devolverão à operadora.

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

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

2.6.3. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

2.6.4. Independentemente da situação prevista no item 2.6.2, a exclusão do servidor dar-se-á também por fraude ou inadimplência.

2.7. Caberá ao órgão ou entidade do SIPEC a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor ativo ou inativo e pensionista e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.

2.8. É assegurada a inclusão:

2.8.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

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

2.9. É garantido aos servidores exonerados a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11 e 12 de 1998.

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

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

de Medicina;

3.2.2. apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

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

3.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

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

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

3.3.3. diária de internação hospitalar;

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

3.3.5. exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

3.3.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

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

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

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

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

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

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

3.3.14. Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

3.3.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

3.3.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

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

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

- 4.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 4.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 4.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 4.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 4.1.5. inseminação artificial;
- 4.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 4.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 4.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

- 4.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 4.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 4.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 4.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 4.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 4.1.14. aplicação de vacinas preventivas;
- 4.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 4.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 4.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 4.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. 5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

5.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

5.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

5.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;

5.3.2. Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde- SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

6. REEMBOLSO

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

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

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

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

6.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido em contrato, convênio, estatuto ou regimento do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade do SIPEC.

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

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

6.3.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

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

7. REMOÇÃO

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

7.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

7.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

7.2.2. A operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

7.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 5.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

8. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

8.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

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

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

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

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

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

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

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

8.5.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

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

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

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

8.7. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

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

**Anexo II – Portaria Conjunta
SRH/SOF/MP nº 1 dezembro/2009.**

ANEXO II – PORTARIA CONJUNTA SRH/SOF/MP Nº 1 DEZEMBRO/2009**PORTARIA CONJUNTA SRH/SOF/MP Nº 1, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2009**

(PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 30 DE DEZEMBRO DE 2009, SEÇÃO I, PÁG. 91)

Estabelece os valores da participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH nº 3, de 30 de julho de 2009.

A SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS, SUBSTITUTA E A SECRETÁRIA DE ORÇAMENTO FEDERAL DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhes confere o Decreto nº 6.929, de 6 de agosto de 2009, e considerando o disposto no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, que regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e na Portaria Normativa SRH nº 3, de 30 de julho de 2009, resolvem:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH nº 3, de 2009, deverão observar, a partir de 1º de janeiro de 2010, os valores *per capita* constantes do Anexo desta Portaria.

Art. 2º As dotações orçamentárias consignadas na ação 2004 – Assistência Médica e Odontológica a Servidores, Empregados e seus Dependentes para o exercício de 2010 serão reavaliadas e ajustadas, em nível de unidade orçamentária, considerando-se os valores *per capita* constantes do Anexo desta Portaria e o número de beneficiários de planos de saúde cadastrado no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE.

Art. 3º O critério para a definição dos limites orçamentários para a elaboração das propostas orçamentárias anuais e para a concessão de créditos adicionais no decorrer de cada exercício, destinados à saúde suplementar dos servidores pertencentes aos órgãos previstos no art. 1º desta Portaria, considerará sempre os valores *per capita* vigentes e o número de beneficiários de planos de saúde cadastrado no SIAPE.

Art. 4º Excluem-se dos critérios estabelecidos nesta Portaria, o Ministério das Relações Exteriores, no que tange a planos de saúde contratados para atender servidores no exterior, as empresas estatais dependentes e o Banco Central.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA DO SOCORRO MENDES GOMES

CÉLIA CORRÊA

ANEXO

FAIXAS		VALOR CAPITA	PER (R\$ 1,00)
POR REMUNERAÇÃO (R\$ 1,00)	POR IDADE		
0000 - 1.499	00 - 18		106
	19 - 28		111
	29 - 43		117
	44 - 58		123
	59 OU +		129
1.500 - 1.999	00 - 18		101
	19 - 28		106
	29 - 43		111
	44 - 58		117
	59 OU +		123
2.000 - 2.499	00 - 18		96
	19 - 28		101
	29 - 43		106
	44 - 58		111
	59 OU +		117
2.500 - 2.999	00 - 18		92
	19 - 28		96
	29 - 43		101
	44 - 58		106
	59 OU +		111
3.000 - 3.999	00 - 18		87
	19 - 28		92
	29 - 43		96
	44 - 58		101
	59 OU +		106
4.000 - 5.499	00 - 18		79
	19 - 28		81
	29 - 43		83
	44 - 58		84
	59 OU +		86
5.500 - 7.499	00 - 18		76
	19 - 28		77
	29 - 43		79
	44 - 58		80
	59 OU +		82
7.500 ou +	00 - 18		72
	19 - 28		73
	29 - 43		75
	44 - 58		76
	59 OU +		78

**Anexo III – Portaria Normativa
SRH/MPOG nº 5 outubro/2010.**

ANEXO III – PORTARIA NORMATIVA SRH/MPOG Nº 5 OUTUBRO/2010
PORTARIA NORMATIVA SRH/MPOG Nº 5, DE 11 DE OUTUBRO DE 2010

DOU 13.10.2010

Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 35 do Anexo I do Decreto nº 7.063, de 13 de janeiro de 2010, e considerando o disposto no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, que regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e tendo em vista o Decreto nº 6.081, de 12 de abril de 2007, resolve:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas, deverão observar as disposições desta Portaria.

Parágrafo único. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas referidos no caput são considerados beneficiários, para efeitos desta Portaria.

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 suplementar, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.

§ 1º Nos casos de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do SIPEC deverá editar um regulamento ou estatuto de gestão própria, observadas as normas previstas nesta Portaria, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 2º A celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Art. 3º Os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 2º Todas as modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo desta Portaria, com as exceções previstas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

§ 3º Os servidores ativos ou inativos, seus dependentes e pensionistas poderão complementar o custeio de planos de assistência à saúde suplementar superiores ao mínimo previsto no termo de referência básico, sem qualquer custo adicional para a Administração Pública.

§ 4º É facultada aos órgãos ou entidades do SIPEC a contratação de planos de saúde que contemplem a cobertura odontológica.

§ 5º A contratação dos planos de assistência médico-hospitalar e odontológica deverá ser feita separadamente sempre que for técnica e economicamente viável.

DOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 4º Para fins desta Portaria, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

II - na qualidade de dependente do servidor:

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

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

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

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

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

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

III - pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

Parágrafo único. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do inciso II desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele inciso.

Art. 5º Os beneficiários de pensão poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria, na mesma condição, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de manutenção do benefício.

Art. 6º A operadora poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

DA INSCRIÇÃO, ADESÃO, EXCLUSÃO E SUSPENSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 7º É voluntária a inscrição, a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria.

Art. 8º Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar à operadora conveniada ou contratada as solicitações de inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos servidores ativos, inativos e pensionistas.

§ 1º No caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, a inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade setorial ou seccional do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

§ 2º A comunicação de inscrição, de exclusão ou suspensão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio, contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, sendo a data considerada no cronograma o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 9º Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde deverão entregar seus cartões de identificação aos órgãos e entidades do SIPEC, para devolução à operadora.

§ 1º A exclusão do servidor implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

§ 2º As exclusões de plano de assistência à saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

- § suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- § exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- § redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- § licença sem remuneração;
- § decisão administrativa ou judicial;
- § voluntariamente, por opção do servidor; e
- § outras situações previstas em lei.

§ 3º No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, 3º, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pela Lei nº 10.667, de 14 de maio de 2003.

§ 4º Ressalvadas as situações previstas no § 2º, a exclusão do servidor dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência.

DO CUSTEIO

Art. 10. O custeio da assistência à saúde complementar dos beneficiários constantes do art. 4º desta Portaria é de responsabilidade da Administração Pública Federal direta, de suas autarquias e fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, condicionado à disponibilidade orçamentária, e dos servidores, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades do SIPEC com assistência à saúde complementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 2º O valor da contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde complementar, observadas as disposições do art. 4º desta Portaria, e será repassada à operadora na data estabelecida no respectivo convênio ou contrato.

Art. 11. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde complementar, corresponderá a um valor fixo definido em convênio ou contrato, observado o disposto em cláusulas de convênios, dos regulamentos ou estatutos das entidades.

1.3. 1º Os valores de contribuição referentes ao plano de saúde complementar poderão ser consignados em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos e pensionistas, de acordo com o disposto na legislação vigente.

1.4. 2º A atualização das contribuições a que se refere o caput será efetuada mediante a apresentação ao órgão competente das planilhas demonstrativas de custos assistenciais dos planos de saúde apresentados para os órgãos e entidades do SIPEC.

1.5. 3º Eventual participação no custo dos serviços utilizados não poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, até regulamentação específica da matéria.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 12. Caberá às operadoras conveniadas e contratadas encaminhar, anualmente, aos órgãos ou entidades do SIPEC, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

Parágrafo único. Os dados e documentos relativos à prestação de contas abrangida no caput deverão estar à disposição da Secretaria de Recursos Humanos e dos órgãos de controle interno.

DA SUPERVISÃO DOS CONVÊNIOS OU CONTRATOS

Art. 13. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC a supervisão dos convênios e contratos referidos nesta Portaria.

Art. 14. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, cada órgão ou entidade do SIPEC designará um representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada, nos termos dos convênios e contratos.

Art. 15. No cumprimento de sua atividade supervisora, a Secretaria de Recursos Humanos poderá solicitar, a qualquer tempo, documentos e informações sobre a gestão dos convênios e contratos aos órgãos e entidades do SIPEC.

DOS CONVÊNIOS

Art. 16. Para a celebração de convênios com a Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, as operadoras de planos de saúde deverão atender as seguintes condições:

I - ser classificada como entidade de autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS; e

II - não ter finalidade lucrativa.

DOS CONTRATOS

Art. 17. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro 2004, com a redação dada pelo Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, deverão:

I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovar regularidade no processo instaurado na referida Agência;

II - ter sido regularmente selecionada através de processo competente observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e nesta Portaria; e

DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CONVÊNIOS E CONTRATOS

Art. 18. Para atender o disposto no art. 2º, ficam as operadoras obrigadas a:

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

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

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

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

V - fornecer identificação individual aos beneficiários; e

VI - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o órgão ou entidade do SIPEC conveniente ou contratante.

DO SERVIÇO PRESTADO DIRETAMENTE PELO ÓRGÃO OU ENTIDADE

Art. 19. Entende -se como serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o

oferecimento de assistência à saúde suplementar ao servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas, por meio de rede de prestadores de serviços mediante gestão própria ou contrato.

Parágrafo único. O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade deverá dispor, por meios próprios ou contratados, de infra-estrutura administrativa e operacional necessária para o gerenciamento do serviço de assistência à saúde suplementar, observadas as demais disposições desta Portaria.

Art. 20. É vedada a inclusão de beneficiários de outros órgãos e entidades do SIPEC, inclusive na qualidade de dependente, ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 21. Serão criados Conselhos Consultivos paritários no âmbito dos órgãos e entidades, eleitos de forma direta entre seus pares, para fins de encaminhamento dos assuntos relacionados aos serviços prestados, respeitados os casos previstos em lei específica.

Art. 22. Os valores da contribuição mensal do servidor, ativo ou inativo, de seus dependentes e do pensionista, de que trata o art. 11 desta Portaria, serão indicados pelos Conselhos Consultivos paritários e aprovados pelo órgão ou entidade do SIPEC, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 23. A partir da vigência desta Portaria, a criação de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade do SIPEC exigirá regulamento ou estatuto específico do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade aprovado pela SRH/MP.

Art. 24. A avaliação atuarial, que servirá de base para o estabelecimento da receita, despesa e fundo de reserva do respectivo exercício financeiro, deverá ser realizada no início de cada ano civil.

Art. 25. Para a contratação de rede de prestação de serviço deverá ser observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

DO AUXÍLIO

Art. 26. O servidor ativo, inativo e o pensionista poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência direta, por convênio de autogestão ou mediante contrato, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências contidas no termo de referência básico, anexo desta Portaria.

Parágrafo único. Em caso de o servidor aderir ao convênio, contrato ou serviço prestado diretamente pelo órgão, não lhe será concedido o auxílio de que trata o caput.

Art. 27. Para fazer jus ao auxílio, o plano de assistência à saúde suplementar, contratado diretamente pelo servidor, deverá atender, no mínimo, ao termo de referência básico, anexo desta Portaria.

Parágrafo único. Excetua-se da regra estabelecida no caput deste artigo os planos de saúde contratados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, instituindo o plano-referência de assistência à saúde, nos termos do art. 35 daquela lei.

Art. 28. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago

sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, de cópia do pagamento do boleto do plano de saúde, desde que apresentada ao órgão setorial ou seccional do SIPEC ao qual está vinculado, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Art. 29. O auxílio poderá também ser requerido para cobrir despesas com planos de assistência odontológica, observadas as regras contidas no art. 26 desta Portaria.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 30. Os convênios e contratos vigentes somente serão renovados mediante o cumprimento das disposições contidas nesta Portaria.

Art. 31. A partir do exercício de 2010, os recursos orçamentários para o custeio da saúde suplementar do servidor serão calculados mensalmente com base no número de beneficiários (servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas) devidamente cadastrados no SIAPE e o valor per capita estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades do SIPEC ficam obrigados a atualizar o módulo de dependentes no SIAPE, e o cadastro dos servidores ativos, inativos e pensionistas titulares dos planos de saúde.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32. O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados.

Art. 33. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício.

Parágrafo único. Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no caput não exime o beneficiário do pagamento dos débitos de contribuição e participação de sua responsabilidade.

Art. 34. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização da assistência à saúde pelo titular e seus dependentes, junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 35. O servidor ativo, inativo e o pensionista não inscrito em plano de assistência à saúde suplementar, nas condições previstas nesta Portaria, não fará jus ao custeio de que trata o art. 10.

Art. 36. A aplicação das disposições contidas nesta Portaria dependerá de previsão orçamentária e financeira.

Art. 37. A transferência dos valores referentes ao custeio e às contribuições dos servidores às respectivas operadoras obedecerá rigorosamente ao cronograma previsto no termo de

convênio ou contrato.

Art. 38. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata esta Portaria é de responsabilidade exclusiva dos órgãos e entidades do SIPEC.

Art. 39. O órgão ou entidade determinará, para todos os seus servidores, uma única modalidade de gestão de saúde suplementar.

Parágrafo único. Excetua-se da regra estabelecida no caput deste artigo o disposto no artigo 26 desta Portaria Normativa.

Art. 40. Fica revogada a Portaria Normativa SRH nº 3, de 30 de julho de 2009.

Art. 41. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 42. Os prazos de carência bem como as demais situações não previstas nesta Portaria deverão observar as normas regulamentares da ANS.

Art. 43. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DUVANIER PAIVA FERREIRA

ANEXO

TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. OBJETO

1.5. O presente instrumento tem por objeto regular o plano de referência básico dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

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

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

2.1.3. É obrigatória a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

2.1.4. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.

2. INCLUSÃO

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

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

h) Na qualidade de dependente do servidor:

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

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

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

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

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

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

2.6. Pensionistas de servidores de órgão ou entidade do SIPEC.

2.7. A existência do dependente constante nas letras "a" e "b" do subitem 2.1.2. desobriga a assistência à saúde do dependente constante na letra "c" do referido subitem.

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

2.2. Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, de que trata a Portaria, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano, junto ao setorial ou seccional do SIPEC.

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

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

2.5.4. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria.

2.5.5. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à operadora conveniada ou contratada.

2.6.3. No caso de serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, a inscrição e a exclusão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade do SIPEC,

ressalvados os casos previstos em legislação específica.

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

2.6. Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelos órgãos e entidades do SIPEC, que os devolverão à operadora.

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

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

2.11. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

2.12. Independentemente da situação prevista no item 2.6.2, a exclusão do servidor dar-se-á também por fraude ou inadimplência.

2.7. Caberá ao órgão ou entidade do SIPEC a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor ativo ou inativo e pensionista e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.

2.8. É assegurada a inclusão:

2.8.3. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

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

2.9. É garantido aos servidores exonerados a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.3. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11 e 12 de 1998.

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

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

3.2.5. apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

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

3.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré -natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

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

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

3.3.13. diária de internação hospitalar;

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

3.3.15. exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

3.3.16. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

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

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

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

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

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

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

3.3.23. Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

e) as despesas assistenciais com doadores vivos;

f) os medicamentos utilizados durante a internação;

g) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

h) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

3.3.17. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

3.3.18. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

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

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

4.1.2. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

4.1.5. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

4.1.6. inseminação artificial;

4.1.7. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

4.1.8. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

4.1.9. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

4.1.10. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

4.1.11. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

4.1.12. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;

4.1.13. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

4.1.14. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

4.1.15. aplicação de vacinas preventivas;

4.1.16. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

4.1.17. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

4.1.18. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

4.1.19. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

4.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

5.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

5.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

5.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;

5.3.2. Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde-SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

6. REEMBOLSO

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

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

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

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

6.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido em contrato, convênio, estatuto ou regimento do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade do SIPEC.

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

6.4.

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

6.3.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

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

7. REMOÇÃO

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

7.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

7.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da

continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

7.2.2. A operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

7.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 5.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

8. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

8.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

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

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

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

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

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

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

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

8.5.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

8.5.1.1. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico

assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

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

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

8.7. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

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

DOU

**Anexo IV – Contrato: Convênio FUA e
GEAP**

ANEXO IV – CONTRATO: CONVÊNIO FUA E GEAP

13 de Fevereiro de 2008

CONVÊNIO DE ADESÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS E A GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL.

A **FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS**, entidade integrante da administração pública federal indireta, inscrita no CNPJ nº 04.378.626/0001-97, localizada à Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos nº 3000, Japiim, Manaus, Amazonas, doravante denominada **FUA**, representada por seu Presidente do Conselho Diretor, **Hidembergue Ordozgoith da Frota**, Carteira de Identidade nº 207.326-SSP/AM e CPF 043.459.082-72, nomeado pelo Decreto de 24 de junho de 2005, publicado no Diário Oficial da União em 27 de junho de 2005, e do outro lado a **GEAP - FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, que opera planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão, CNPJ Nº 03658432/0001-82, situada no SHC-AO Sul, EA 2/8, lote 5, Terraço Shopping, torre B, 2º, 3º e 4º andares, Brasília, Distrito Federal, doravante denominada **FUNDAÇÃO**, neste ato representada por sua Diretora-Executiva, **REGINA RIBEIRO PARIZI CARVALHO**, Carteira de Identidade 6.838.487-7/SSP-SP e CPF 366.570.186-49, nomeada pela Resolução/GEAP/CONDEL nº 077, de 12 de junho de 2003, reconduzida pela Resolução/GEAP/CONDEL nº 234, de 02 de junho de 2006, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE ADESÃO**, com fulcro no art. 230, da Lei nº 8.112/90, com redação dada pela Lei nº 11.302/06, e demais disposições pertinentes, observado o disposto no Decreto nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, alterado pelo Decreto nº 5.010, de 09 de março de 2004, ambos do Presidente da República, sujeitando-se especialmente à Lei nº 9.656/98, e seus regulamentos e, ainda à RESOLUÇÃO/GEAP/CONDEL/Nº 332, de 13 de dezembro de 2007, e à Resolução Normativa/ANS/nº 137/06 e Portaria Normativa/MP/SRH/nº 01/07, bem como ao Estatuto e Regulamentos da **FUNDAÇÃO**, na forma das Cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Convênio de Adesão tem por objeto proporcionar aos servidores da **FUA** ativos ou inativos e seus respectivos grupos familiares definidos, bem como aos pensionistas, a possibilidade de ingresso no Plano de Saúde **GEAPEssencial**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 455.835/07-9, na modalidade de Coletivo por Adesão, com abrangência nacional, administrado pela **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Primeiro - Não estão cobertos pelos Planos de Saúde da **FUNDAÇÃO** os exames admissionais, demissionais ou equivalentes, e os procedimentos decorrentes de acidente em serviço ou do trabalho, de responsabilidade da **FUA**. Caso esses procedimentos sejam realizados por entidades e/ou profissionais contratados pela **FUNDAÇÃO**, a **FUA** se compromete a ressarcir as despesas correspondentes.

Parágrafo Segundo – A **FUA** repassará à **FUNDAÇÃO**, o valor correspondente a 15% (quinze por cento) sobre as quantias referentes aos exames admissionais e demissionais, e procedimentos decorrentes de acidente de trabalho, a título de taxa de administração.

Parágrafo Terceiro – Anualmente, a **FUNDAÇÃO** promoverá exames periódicos nos servidores ativos da **FUA**, desde que vinculados aos planos de saúde de que tratam o

presente convênio, com base no protocolo mínimo definido pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Parágrafo Quarto – A **FUNDAÇÃO** poderá proceder os exames periódicos dos servidores ativos da **FUA** que não sejam vinculados aos planos de saúde de que trata o presente Convênio, desde que a **FUA** se comprometa a repassar à **FUNDAÇÃO** os valores despendidos por esta na execução de tais exames.

Parágrafo Quinto – A **FUA** e a **FUNDAÇÃO** poderão firmar Termos de Cooperação Técnica com o objetivo de implementar programas e parcerias que visem a realização de ações e pesquisas relacionadas à prevenção da doença, promoção da saúde e recuperação e reabilitação, desde que observada a viabilidade financeira dos projetos a serem implementados, devidamente registrada nos Termos a serem firmados.

O presente Convênio de Adesão tem por objeto proporcionar aos servidores da **FUA** ativos ou inativos e seus respectivos grupos familiares definidos, bem como aos pensionistas, a possibilidade de ingresso no Plano de Saúde **GEAPEssencial**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 455.835/07-9, na modalidade de Coletivo Empresarial, com abrangência nacional, administrado pela **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Primeiro - Não estão cobertos pelos Planos de Saúde da **FUNDAÇÃO** os exames admissionais, periódicos, demissionais ou equivalentes, e os procedimentos decorrentes de acidente em serviço ou do trabalho, de responsabilidade da **FUA**. Caso esses procedimentos sejam realizados por entidades e/ou profissionais contratados pela **FUNDAÇÃO**, a **FUA** se compromete a ressarcir as despesas correspondentes.

Parágrafo Segundo – A **FUNDAÇÃO** poderá promover os exames periódicos nos servidores e ocupantes de cargos em comissão, bem como dos empregados públicos anistiados ativos lotados na **FUA**, com base no Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, e na Portaria Normativa nº 4, de 15 de setembro de 2009, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, desde que a **FUA** autorize previamente e se comprometa a repassar à **FUNDAÇÃO** os valores despendidos por esta na execução de tais exames.

Parágrafo Terceiro – A cobrança dos valores relativos aos exames periódicos de que trata o **Parágrafo Segundo** desta cláusula será feita em demonstrativo próprio a ser emitido pela **FUNDAÇÃO**, e o pagamento será feito pela **FUA** na forma da cláusula décima deste Convênio.

Parágrafo Quarto – A **FUA** e a **FUNDAÇÃO** poderão firmar Termos de Cooperação Técnica com o objetivo de implementar programas e parcerias que visem a realização de ações e pesquisas relacionadas à prevenção da doença, promoção da saúde e recuperação e reabilitação, desde que observada a viabilidade financeira dos projetos a serem implementados, devidamente registrada nos Termos a serem firmados. (Redação dada pelo 3º Termo aditivo assinado em 03 de Maio de 2010).

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS

Para efeito deste Convênio são considerados beneficiários os Titulares, Dependentes, Pensionistas e Agregados.

Parágrafo Primeiro – Podem aderir ao Plano **GEAPEssencial** como Titulares:

- I - o servidor ou empregado ativo, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício com a Patrocinadora;
- II - o servidor ou empregado inativo, enquanto permanecer incluído na folha de pagamento da Patrocinadora;
- III - o ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com a Patrocinadora, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo.

Parágrafo Segundo – Poderão ser inscritos como Dependentes do Titular no Plano **GEAPEssencial**:

- I - o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;
- II - companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos;
- III - a pessoa desquitada, separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;
- IV - os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- V - os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO;
- VI - o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos incisos “IV” e “V”.

Parágrafo Terceiro - A existência de dependente constante nos incisos I e II do parágrafo anterior inibe a possibilidade de inscrição do dependente constante do inciso III do mesmo parágrafo.

Parágrafo Quarto - Os pensionistas vinculados poderão ser inscritos no plano **GEAPEssencial**, mediante opção, a ser efetivada junto a **FUA**.

Parágrafo Quinto - Poderão ser inscritos como Agregados do Titular nos Planos administrados pela **FUNDAÇÃO**:

- I - filhos(as) e enteados(as) do Titular que não detêm a condição justificadora para serem dependentes do Titular no plano **GEAPEssencial**;
- II - cônjuge ou companheiro(a) dos filhos e enteados do Titular;
- III - netos(as) do Titular;
- IV - enteados(as) do filho do Titular;
- V - filhos(as) do(a) enteado(a) do Titular;
- VI - irmãos(ãs) do Titular;
- VII - cunhados(as) do Titular;
- VIII -sobrinhos(as) do Titular;
- IX - mãe ou madrasta do Titular; X - pai ou padrasto do Titular; XI - sogro e sogra do Titular;
- XII - tios(as) do Titular;
- XIII -bisnetos(as) do Titular;
- XIV - menor curatelado, tutelado ou sob guarda do Titular.

Parágrafo Sexto - Os pensionistas não poderão inscrever dependentes ou agregados nos planos de saúde administrados pela **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Segundo – Poderão ser inscritos como Dependentes do Titular no Plano **GEAPEssencial**:

- I - o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;
- II - companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos;
- III - a pessoa separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;
- IV - os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- V - os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO;
- VI - o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos incisos “IV” e “V”. (Redação dada pelo 1º Termo aditivo assinado em 07 de Julho de 2008)

Parágrafo Segundo – Poderão ser inscritos como Dependentes do Titular no Plano **GEAPEssencial**:

- I - o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;
- II - companheiro ou companheira de união homo-afetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- III - a pessoa separada judicialmente, divorciada ou de união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- IV - os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- V - os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO;
- VI - o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos incisos “IV” e “V”. (Redação dada pelo 3º Termo aditivo assinado em 03 de Maio de 2010)

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

O plano **GEAPEssencial** contemplará a assistência médica ambulatorial, hospitalar, odontológica, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Parágrafo Primeiro – A **FUNDAÇÃO** disponibilizará o plano **GEAPEssencial** que cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, incluindo-se os procedimentos abaixo listados, e relacionados às doenças listadas na CID-10:

- I - Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante cardíaco;
- II - Acompanhamento clínico ambulatorial pós-transplante de fígado;

- III - Acompanhamento clínico de transplante cardíaco no período de internação do receptor e do doador (pós-operatório até 15 dias);
- IV - Acompanhamento clínico de transplante de fígado no período de internação do receptor e do doador (pós-operatório até 15 dias);
- V - Escleroterapia reparadora;
- VI - Estudo eletro-fisiológico invasivo;
- VII - Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent quimicamente tratado, a critério médico;
- VIII - Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 ou mais vasos);
- IX - Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso e estresse com técnica tomográfica;
- X - Holter de 24 horas - 3 canais – digital;
- XI - Ecodopplercardiograma transtorácico com mapeamento de fluxo em cores;
- XII - Laqueadura em caso de patologia materna com risco de vida;
- XIII - Vasectomia;
- XIV - Acompanhamento Nutricional.

Parágrafo Segundo - A cobertura abrangerá, ainda, os procedimentos abaixo relacionados, constantes do Rol de Procedimentos da ANS, com as respectivas indicações de técnica:

- I - Colectomia videolaparoscópica;
- II - Coledocolitotripsia;
- III - Ressecção videolaparoscópica de próstata.

Parágrafo Terceiro - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no **Parágrafo Primeiro**, observadas as seguintes coberturas:

- I - consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com nutricionistas e fisioterapeutas, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- III - atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas.

Parágrafo Quarto - O plano **GEAPEssencial** cobrirá os procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados e na forma estabelecida na Resolução do CONSU nº 10/1998:

- I - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- II - quimioterapia ambulatorial;
- III - radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc);
- IV - hemoterapia ambulatorial;
- V - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Parágrafo Quinto - Está coberto pelo plano **GEAPEssencial** o tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:

- I - atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e

tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

II - psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato/convênio, não cumulativas;

III - tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Parágrafo Sexto - A cobertura hospitalar será feita em acomodação coletiva (Enfermaria) e compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no **Parágrafo Primeiro** desta Cláusula, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

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

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

III - diária de internação hospitalar;

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

V - exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

VII - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

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

IX - cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente ambulatorial ou hospitalar;

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

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

XII - procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

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

XIV - procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerados e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia;

c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia de alta dosagem;

d) hemoterapia;

e) nutrição enteral e parenteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

- h) consulta prévia com anestesista e exames decorrentes;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de coração, córnea, fígado, e rim exceto medicação de manutenção.

XV - cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XVI - tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendendo:

- a) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);
- c) o custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato/convênio não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- d) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento);
- e) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

XVII - cobertura de transplantes de coração, córnea, fígado, e de rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normaliza os procedimentos, abaixo relacionados:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XVIII - O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998;

XIX - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela **GEAP**, na acomodação coletiva, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível

superior à prevista, sem ônus adicional, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;

XX - Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados pela **GEAP**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Sétimo - A assistência odontológica cobrirá o rol de procedimentos definidos pela ANS na Resolução Normativa/ANS/Nº 154/07, e normas supervenientes, abrangendo a prestação dos seguintes serviços: I - DIAGNÓSTICO:

- a) consulta inicial
- b) exame histopatológico

II - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- a) curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial
- b) curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose c) imobilização dentária temporária
- d) recimentação de trabalho protético
- e) tratamento de alveolite f) colagem de fragmentos
- g) incisão e drenagem de abscesso extra oral h) incisão e drenagem de abscesso intraoral i) reimplante de dente avulsionado

III - RADIOLOGIA:

- a) radiografia periapical b) radiografia bite-wing c) Radiografia oclusal

IV - PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- a) atividade educativa
- b) evidenciação de placa bacteriana c) profilaxia – polimento coronário d) fluoroterapia
- e) aplicação de selante

V - DENTÍSTICA:

- a) aplicação de cariostático b) adequação do meio bucal
- c) restauração de 1 (uma) face
- d) restauração de 2 (duas) faces e) restauração de 3 (três) faces
- f) restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta g) restauração de ângulo
- h) restauração a pino
- i) restauração de superfície radicular j) núcleo de preenchimento
- l) ajuste oclusal

VI - PERIODONTIA:

- a) raspagem supragengival e polimento coronário
- b) raspagem subgengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal
- c) imobilização dentária temporária ou permanente d) gengivectomia/gengivoplastia
- e) aumento da coroa clínica f) cunha distal
- g) cirurgia periodontal a retalho h) sepultamento radicular

VII - ENDODONTIA:

- a) capeamento pulpar direto – excluindo restauração final b) pulpotomia
- c) remoção de núcleo intrarradicular/corpo estranho
- d) tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto

- e) tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos
- f) tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos
- g) tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais
- h) retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré- molares e molares
- i) tratamento endodôntico em dentes decíduos
- j) tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta k) tratamento de perfuração radicular

VIII - CIRURGIA:

- a) alveoloplastia
- b) apicectomia unirradicular c) apicectomia birradicular d) apicectomia trirradicular
- e) apicectomia unirradicular com obturação retrógrada f) apicectomia birradicular com obturação retrógrada g) apicectomia trirradicular com obturação retrógrada h) biopsia
- i) cirurgia de tórus unilateral j) cirurgia de tórus bilateral
- k) correção de bridas musculares l) excisão de mucocele
- m) excisão de rânula
- n) exodontia a retalho
- o) exodontia de raiz residual p) exodontia simples
- q) exodontia de dente decíduo
- r) redução cruenta (fratura alvéolo dentária)
- s) redução incruenta (fratura alvéolo-dentária)
- t) frenectomia labial u) frenectomia lingual
- v) remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados)
- w) sulcoplastia x) ulectomia
- y) ulotomia
- z) hemissecação com ou sem amputação radicular

Parágrafo Oitavo - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as resoluções do CONSU e respeitando-se as coberturas mínimas, estão excluídos da cobertura do Plano **GEAPEssencial** os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Convênio e os provenientes de:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II - atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- III - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- IV - cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- V - inseminação artificial;
- VI - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VII - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- VIII - transplantes, à exceção de coração, córnea, fígado e rim;
- IX - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- X - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- XI - fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- XII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIII - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIV - aplicação de vacinas preventivas;
- XV - procedimentos não discriminados no **Parágrafo Primeiro** desta cláusula;
- XVI - necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVII - aparelhos ortopédicos;

- XVIII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XIX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XX - especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo Nono - Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Parágrafo Décimo - Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Parágrafo Décimo Primeiro - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao plano **GEAPEssencial**, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

I - Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

II - Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial;

III - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do beneficiário ao plano.

Parágrafo Décimo Segundo - Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária.

Parágrafo Décimo Terceiro - Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude de estar cumprindo carência, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

I - Quando não possa haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **FUNDAÇÃO** desse ônus;

II - Caberá à **FUNDAÇÃO** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

III - A **FUNDAÇÃO** deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

IV - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no Inciso II deste parágrafo, a **FUNDAÇÃO** estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Décimo Quarto - O beneficiário poderá utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da **FUNDAÇÃO**, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede contratada, o beneficiário não fará qualquer

desembolso, cabendo à **FUNDAÇÃO** efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do servidor.

Parágrafo Décimo Quinto - Será diretamente efetuado ao contratado o pagamento das despesas cobertas pelo plano **GEAPEssencial**, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o Cartão de Identificação de Beneficiário fornecido pela **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Décimo Sexto - Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à Enfermaria (acomodação coletiva), deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Parágrafo Décimo Sétimo - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos será feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

CLÁUSULA QUARTA – DO REEMBOLSO

Será assegurado o reembolso dos atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário do plano **GEAPEssencial** quando não for possível a utilização de serviços na rede contratada pela **FUNDAÇÃO**, de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas praticadas pela **FUNDAÇÃO**, nas seguintes situações:

- I - O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- II - Quando se configurar urgência/emergência devidamente justificado em relatório pelo profissional que o executou;
- III - Na hipótese de paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

Parágrafo Primeiro - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela da **FUNDAÇÃO**, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- I - Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- II - Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários médicos;
- III - Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- IV - Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

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

CLÁUSULA QUINTA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

A **FUNDAÇÃO** adotará, como mecanismos de regulação, a autorização prévia para os seguintes procedimentos:

- I - Diálise, Hemodiálise e procedimentos correlatos;
- II - Eletroencefalograma digital, mapeamento cerebral e procedimentos correlatos;

- III - Endoscopias;
- IV - Hemoterapia ambulatorial;
- V - Assistência ambulatorial em psiquiatria;
- VI - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- VII - Procedimentos em Hospital/Dia e Clínica/Dia;
- VIII - Nutrição parenteral/enteral;
- IX - Prova imunoalérgicas;
- X - Procedimentos diagnósticos e terapêutica homodinâmica;
- XI - Procedimentos que exijam anestesia local, sedação ou bloqueio;
- XII - Embolização e radiologia intervencionista;
- XIII - Quimioterapia; XIV - Radioterapia; XV - Angiografia;
- XVI - Cintilografia;
- XVII - Ultra-sonografia;
- XVIII - Tomografia;
- XIX - Densitometria óssea;
- XX - Ressonância Magnética;
- XXI - Mamografia;
- XXII - Doppler;
- XXIII - Internações clínicas;
- XXIV - Internações cirúrgicas;
- XXV - Órteses, próteses e materiais especiais;
- XXVI - Procedimentos Odontológicos;
- XXVII - Psicoterapia;
- XXVIII - Fisioterapia;
- XXIX - Remoção inter-hospitalar; e
- XXX - Transplantes.

Parágrafo Primeiro - A avaliação da autorização dos procedimentos que exigem autorização prévia deverá ocorrer no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência, sendo facultada à **FUNDAÇÃO** a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

Parágrafo Segundo - O prazo estabelecido no **Parágrafo Primeiro** passará a contar a partir do recebimento, pela **FUNDAÇÃO**, dos laudos e documentos solicitados.

Parágrafo Terceiro - Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **FUNDAÇÃO** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Quarto - Será cobrada co-participação pelo uso dos serviços pelo titular, pelos dependentes, pelos agregados, assim como pelos pensionistas inscritos no plano, observando-se a seguinte tabela:

I - Programa de Assistência Ambulatorial

Procedimentos de valores até R\$ 190,00	30%
Procedimentos de valores a partir R\$ 190,00	15%

II - Programa de Assistência Odontológica

Procedimentos de prevenção	Isentos
Demais procedimentos	60%

III - Programa de Assistência Hospitalar

Despesa Total				Valor da Participação	
				Enfermaria	UTI
Até			R\$ 100,00	Isento	R\$ 10,00
De	R\$ 100,01	até	R\$ 200,00	Isento	R\$ 20,00
De	R\$ 200,01	até	R\$ 300,00	Isento	R\$ 30,00
De	R\$ 300,01	até	R\$ 400,00	Isento	R\$ 40,00
De	R\$ 400,01	até	R\$ 500,00	Isento	R\$ 50,00
De	R\$ 500,01	até	R\$ 600,00	Isento	R\$ 60,00
De	R\$ 600,01	até	R\$ 700,00	Isento	R\$ 70,00
De	R\$ 700,01	até	R\$ 800,00	Isento	R\$ 80,00
De	R\$ 800,01	até	R\$ 900,00	Isento	R\$ 90,00
De	R\$ 900,01	até	R\$ 1.000,00	Isento	R\$ 100,00
De	R\$ 1.000,01	até	R\$ 1.100,00	Isento	R\$ 110,00
De	R\$ 1.100,01	até	R\$ 1.200,00	Isento	R\$ 120,00
De	R\$ 1.200,01	até	R\$ 1.300,00	Isento	R\$ 130,00
De	R\$ 1.300,01	até	R\$ 1.400,00	Isento	R\$ 140,00
De	R\$ 1.400,01	até	R\$ 1.500,00	Isento	R\$ 150,00
De	R\$ 1.500,01	até	R\$ 1.600,00	Isento	R\$ 160,00
De	R\$ 1.600,01	até	R\$ 1.700,00	Isento	R\$ 170,00
De	R\$ 1.700,01	até	R\$ 1.800,00	Isento	R\$ 180,00
De	R\$ 1.800,01	até	R\$ 1.900,00	Isento	R\$ 190,00
De	R\$ 1.900,01	até	R\$ 2.000,00	Isento	R\$ 200,00
De	R\$ 2.000,01	até	R\$ 2.100,00	Isento	R\$ 210,00
De	R\$ 2.100,01	até	R\$ 2.200,00	Isento	R\$ 220,00
De	R\$ 2.200,01	até	R\$ 2.300,00	Isento	R\$ 230,00
De	R\$ 2.300,01	até	R\$ 2.400,00	Isento	R\$ 240,00
De	R\$ 2.400,01	até	R\$ 2.500,00	Isento	R\$ 250,00
De	R\$ 2.500,01	até	R\$ 2.600,00	Isento	R\$ 260,00
De	R\$ 2.600,01	até	R\$ 2.700,00	Isento	R\$ 270,00
De	R\$ 2.700,01	até	R\$ 2.800,00	Isento	R\$ 280,00
De	R\$ 2.800,01	até	R\$ 2.900,00	Isento	R\$ 290,00
De	R\$ 2.900,01	até	R\$ 3.000,00	Isento	R\$ 300,00
De	R\$ 3.000,01	até	R\$ 3.100,00	Isento	R\$ 310,00
De	R\$ 3.100,01	até	R\$ 3.200,00	Isento	R\$ 320,00
De	R\$ 3.200,01	até	R\$ 3.300,00	Isento	R\$ 330,00
De	R\$ 3.300,01	até	R\$ 3.400,00	Isento	R\$ 340,00
De	R\$ 3.400,01	até	R\$ 3.500,00	Isento	R\$ 350,00
De	R\$ 3.500,01	até	R\$ 3.600,00	Isento	R\$ 360,00
De	R\$ 3.600,01	até	R\$ 3.700,00	Isento	R\$ 370,00
De	R\$ 3.700,01	até	R\$ 3.800,00	Isento	R\$ 380,00
De	R\$ 3.800,01	até	R\$ 3.900,00	Isento	R\$ 390,00
De	R\$ 3.900,01	até	R\$ 4.000,00	Isento	R\$ 400,00
De	R\$ 4.000,01	até	R\$ 4.100,00	Isento	R\$ 410,00
De	R\$ 4.100,01	até	R\$ 4.200,00	Isento	R\$ 420,00
De	R\$ 4.200,01	até	R\$ 4.300,00	Isento	R\$ 430,00
De	R\$ 4.300,01	até	R\$ 4.400,00	Isento	R\$ 440,00
De	R\$ 4.400,01	até	R\$ 4.500,00	Isento	R\$ 450,00
De	R\$ 4.500,01	até	R\$ 4.600,00	Isento	R\$ 460,00
De	R\$ 4.600,01	até	R\$ 4.700,00	Isento	R\$ 470,00

De	R\$ 4.700,01	até	R\$ 4.800,00	Isento	R\$ 480,00
De	R\$ 4.800,01	até	R\$ 4.900,00	Isento	R\$ 490,00
De	R\$ 4.900,01	até	R\$ 5.000,00	Isento	R\$ 500,00
De	R\$ 5.000,01	até	R\$ 5.100,00	Isento	R\$ 510,00
De	R\$ 5.100,01	até	R\$ 5.200,00	Isento	R\$ 520,00
De	R\$ 5.200,01	até	R\$ 5.300,00	Isento	R\$ 530,00
De	R\$ 5.300,01	até	R\$ 5.400,00	Isento	R\$ 540,00
De	R\$ 5.400,01	até	R\$ 5.500,00	Isento	R\$ 550,00
De	R\$ 5.500,01	até	R\$ 5.600,00	Isento	R\$ 560,00
De	R\$ 5.600,01	até	R\$ 5.700,00	Isento	R\$ 570,00
De	R\$ 5.700,01	até	R\$ 5.800,00	Isento	R\$ 580,00
De	R\$ 5.800,01	até	R\$ 5.900,00	Isento	R\$ 590,00
De	R\$ 5.900,01	até	R\$ 6.000,00	Isento	R\$ 600,00
De	R\$ 6.000,01	até	R\$ 6.100,00	Isento	R\$ 610,00
De	R\$ 6.100,01	até	R\$ 6.200,00	Isento	R\$ 620,00
De	R\$ 6.200,01	até	R\$ 6.300,00	Isento	R\$ 630,00
De	R\$ 6.300,01	até	R\$ 6.400,00	Isento	R\$ 640,00
De	R\$ 6.400,01	até	R\$ 6.500,00	Isento	R\$ 650,00
De	R\$ 6.500,01	até	R\$ 6.600,00	Isento	R\$ 660,00
De	R\$ 6.600,01	até	R\$ 6.700,00	Isento	R\$ 670,00
De	R\$ 6.700,01	até	R\$ 6.800,00	Isento	R\$ 680,00
De	R\$ 6.800,01	até	R\$ 6.900,00	Isento	R\$ 690,00
De	R\$ 6.900,01	até	R\$ 7.000,00	Isento	R\$ 700,00
De	R\$ 7.000,01	até	R\$ 7.100,00	Isento	R\$ 710,00
De	R\$ 7.100,01	até	R\$ 7.200,00	Isento	R\$ 720,00
De	R\$ 7.200,01	até	R\$ 7.300,00	Isento	R\$ 730,00
De	R\$ 7.300,01	até	R\$ 7.400,00	Isento	R\$ 740,00
De	R\$ 7.400,01	até	R\$ 7.500,00	Isento	R\$ 750,00
De	R\$ 7.500,01	até	R\$ 7.600,00	Isento	R\$ 760,00
De	R\$ 7.600,01	até	R\$ 7.700,00	Isento	R\$ 770,00
De	R\$ 7.700,01	até	R\$ 7.800,00	Isento	R\$ 780,00
De	R\$ 7.800,01	até	R\$ 7.900,00	Isento	R\$ 790,00
De	R\$ 7.900,01	até	R\$ 8.000,00	Isento	R\$ 800,00
De	R\$ 8.000,01	até	R\$ 8.100,00	Isento	R\$ 810,00
De	R\$ 8.100,01	até	R\$ 8.200,00	Isento	R\$ 820,00
De	R\$ 8.200,01	até	R\$ 8.300,00	Isento	R\$ 830,00
De	R\$ 8.300,01	até	R\$ 8.400,00	Isento	R\$ 840,00
De	R\$ 8.400,01	até	R\$ 8.500,00	Isento	R\$ 850,00
De	R\$ 8.500,01	até	R\$ 8.600,00	Isento	R\$ 860,00
De	R\$ 8.600,01	até	R\$ 8.700,00	Isento	R\$ 870,00
De	R\$ 8.700,01	até	R\$ 8.800,00	Isento	R\$ 880,00
De	R\$ 8.800,01	até	R\$ 8.900,00	Isento	R\$ 890,00
De	R\$ 8.900,01	até	R\$ 9.000,00	Isento	R\$ 900,00
De	R\$ 9.000,01	até	R\$ 9.100,00	Isento	R\$ 910,00
De	R\$ 9.100,01	até	R\$ 9.200,00	Isento	R\$ 920,00
De	R\$ 9.200,01	até	R\$ 9.300,00	Isento	R\$ 930,00
De	R\$ 9.300,01	até	R\$ 9.400,00	Isento	R\$ 940,00
De	R\$ 9.400,01	até	R\$ 9.500,00	Isento	R\$ 950,00
De	R\$ 9.500,01	até	R\$ 9.600,00	Isento	R\$ 960,00
De	R\$ 9.600,01	até	R\$ 9.700,00	Isento	R\$ 970,00
De	R\$ 9.700,01	até	R\$ 9.800,00	Isento	R\$ 980,00
De	R\$ 9.800,01	até	R\$ 9.900,00	Isento	R\$ 990,00

De	R\$ 9.900,01	até	R\$ 10.000,00	Isento	R\$ 1.000,00
De	R\$ 10.000,01	até	R\$ 10.100,00	Isento	R\$ 1.010,00
De	R\$ 10.100,01	até	R\$ 10.200,00	Isento	R\$ 1.020,00
De	R\$ 10.200,01	até	R\$ 10.300,00	Isento	R\$ 1.030,00
De	R\$ 10.300,01	até	R\$ 10.400,00	Isento	R\$ 1.040,00
De	R\$ 10.400,01	até	R\$ 10.500,00	Isento	R\$ 1.050,00
De	R\$ 10.500,01	até	R\$ 10.600,00	Isento	R\$ 1.060,00
De	R\$ 10.600,01	até	R\$ 10.700,00	Isento	R\$ 1.070,00
De	R\$ 10.700,01	até	R\$ 10.800,00	Isento	R\$ 1.080,00
De	R\$ 10.800,01	até	R\$ 10.900,00	Isento	R\$ 1.090,00
De	R\$ 10.900,01	até	R\$ 11.000,00	Isento	R\$ 1.100,00
De	R\$ 11.000,01	até	R\$ 11.100,00	Isento	R\$ 1.110,00
De	R\$ 11.100,01	até	R\$ 11.200,00	Isento	R\$ 1.120,00
De	R\$ 11.200,01	até	R\$ 11.300,00	Isento	R\$ 1.130,00
De	R\$ 11.300,01	até	R\$ 11.400,00	Isento	R\$ 1.140,00
De	R\$ 11.400,01	até	R\$ 11.500,00	Isento	R\$ 1.150,00
De	R\$ 11.500,01	até	R\$ 11.600,00	Isento	R\$ 1.160,00
De	R\$ 11.600,01	até	R\$ 11.700,00	Isento	R\$ 1.170,00
De	R\$ 11.700,01	até	R\$ 11.800,00	Isento	R\$ 1.180,00
De	R\$ 11.800,01	até	R\$ 11.900,00	Isento	R\$ 1.190,00
De	R\$ 11.900,01	até	R\$ 12.000,00	Isento	R\$ 1.200,00
De	R\$ 12.000,01	até	R\$ 12.100,00	Isento	R\$ 1.210,00
De	R\$ 12.100,01	até	R\$ 12.200,00	Isento	R\$ 1.220,00
De	R\$ 12.200,01	até	R\$ 12.300,00	Isento	R\$ 1.230,00
De	R\$ 12.300,01	até	R\$ 12.400,00	Isento	R\$ 1.240,00
De	R\$ 12.400,01	até	R\$ 12.500,00	Isento	R\$ 1.250,00
a partir de	R\$ 12.500,01			Isento	R\$ 1.260,00

IV – Psiquiatria - Nas internações de Psiquiatria será cobrada a participação de 30% (trinta por cento).

Parágrafo Quinto - Os valores e percentuais de participação serão revistos sempre que a avaliação atuarial recomendar.

CLÁUSULA SEXTA - DA CONTRIBUIÇÃO DA FUA

A contribuição mensal da **FUA** para custeio do Plano **GEAPEssencial** será de R\$ 50,00 (quarenta e dois reais) por Titular, Dependente e Pensionista inscritos no âmbito deste Convênio.

A contribuição mensal da **FUA** para custeio do Plano **GEAPEssencial** será de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por Titular, Dependente e Pensionista inscritos no âmbito deste Convênio, a partir da competência fevereiro de 2008.

(Redação dada pelo 1º Termo aditivo assinado em 07 de Julho de 2008)

A contribuição mensal da **FUA** para custeio do Plano **GEAPEssencial**, por Titular, Dependente e Pensionista inscritos no âmbito deste Convênio, será de:

I - R\$ 60,00 (sessenta reais) no período de janeiro a junho/2009; e
 II - R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais) no período de julho a dezembro/2009.

(Redação dada pelo 2º Termo aditivo assinado em 03 de Julho de 2009)

A contribuição mensal da **FUA** para custeio do Plano **GEAPEssencial**, por Titular, Dependente e Pensionista inscritos no âmbito deste Convênio, será de:

I - R\$ 60,00 (sessenta reais) no período de janeiro a junho/2009;
 II - R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais) no período de julho a dezembro/2009; e

III – a partir da competência janeiro/2010, conforme tabela abaixo:

FAIXAS		CONTRIBUIÇÃO DA PATROCINADORA
POR REMUNERAÇÃO	POR IDADE	
R\$ 0,00 a R\$ 1.499,00	00 a 18	R\$ 106,00
	19 a 28	R\$ 111,00
	29 a 43	R\$ 117,00
	44 a 58	R\$ 123,00
	59 ou mais	R\$ 129,00
R\$ 1.500,00 a R\$ 1.999,00	00 a 18	R\$ 101,00
	19 a 28	R\$ 106,00
	29 a 43	R\$ 111,00
	44 a 58	R\$ 117,00
	59 ou mais	R\$ 123,00
R\$ 2.000,00 a R\$ 2.499,00	00 a 18	R\$ 96,00
	19 a 28	R\$ 101,00
	29 a 43	R\$ 106,00
	44 a 58	R\$ 111,00
	59 ou mais	R\$ 117,00
R\$ 2.500,00 a R\$ 2.999,00	00 a 18	R\$ 92,00
	19 a 28	R\$ 96,00
	29 a 43	R\$ 101,00
	44 a 58	R\$ 106,00
	59 ou mais	R\$ 111,00
R\$ 3.000,00 a R\$ 3.999,00	00 a 18	R\$ 87,00
	19 a 28	R\$ 92,00
	29 a 43	R\$ 96,00
	44 a 58	R\$ 101,00
	59 ou mais	R\$ 106,00
R\$ 4.000,00 a R\$ 5.499,00	00 a 18	R\$ 79,00
	19 a 28	R\$ 81,00
	29 a 43	R\$ 83,00
	44 a 58	R\$ 84,00
	59 ou mais	R\$ 86,00

R\$ 5.500,00 a R\$ 7.499,00	00 a 18	R\$ 76,00
	19 a 28	R\$ 77,00
	29 a 43	R\$ 79,00
	44 a 58	R\$ 80,00
	59 ou mais	R\$ 82,00
R\$ 7.500,00 ou mais	00 a 18	R\$ 72,00
	19 a 28	R\$ 73,00
	29 a 43	R\$ 75,00
	44 a 58	R\$ 76,00
	59 ou mais	R\$ 78,00

(Redação dada pelo 3º Termo aditivo assinado em 03 de Maio de 2010)

Parágrafo Único – O valor da contribuição da **FUA** poderá ser revisto sempre que a reavaliação atuarial recomendar, mediante a apresentação, pela **FUNDAÇÃO**, das planilhas demonstrativas dos custos assistenciais.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA CONTRIBUIÇÃO DO TITULAR

A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio do plano **GEAPEssencial** para si e seus dependentes e pensionista, na forma estabelecida na Cláusula Segunda, corresponderá ao percentual 5,02% (cinco vírgula zero dois por cento) da respectiva remuneração, provento ou pensão, mediante arrecadação em folha de pagamento. Em caso de impossibilidade administrativa, poderá ser feito o débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, observados os limites de piso e teto de contribuição estabelecidos pelo Conselho Deliberativo da **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Primeiro – O valor da contribuição e seus limites poderão ser revistos sempre que a reavaliação atuarial recomendar.

Parágrafo Segundo – A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício dos Titulares com a **FUA**, em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção dos beneficiários no Plano **GEAPEssencial**, desde que se responsabilize, além do pagamento de sua contribuição, pelo pagamento da contribuição da **FUA** prevista na Cláusula Sexta, observando-se:

I - O período de manutenção a que se refere o **Parágrafo Segundo** será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, sendo extensivo, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando cancelamento do Titular no plano por rescisão de contrato de trabalho, não sendo permitidas novas inscrições de Dependentes ou Agregados;

II - Em caso de morte do Titular, o direito de permanência é assegurado aos Dependentes e Agregados cobertos pelo plano, nos termos do disposto do inciso I deste parágrafo.

A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio do plano **GEAPEssencial** para si e seus dependentes e pensionista, na forma estabelecida na Cláusula Segunda, corresponderá a R\$ 68,01 (sessenta e oito reais e um centavo) por cada beneficiário inscrito no plano, mediante arrecadação em folha de pagamento. Em caso de impossibilidade administrativa, o pagamento da contribuição poderá ser feito mediante débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança.

Parágrafo Primeiro – O valor da contribuição poderá ser revistos sempre que a reavaliação atuarial recomendar. (Redação dada pelo 2º Termo aditivo assinado em 03 de Julho de 2009)

A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio do plano **GEAPEssencial** para si e seus dependentes e pensionista, na forma estabelecida na Cláusula Segunda, corresponderá a R\$ 65,42 (sessenta e cinco reais e quarenta e dois centavos) por beneficiário inscrito no plano, mediante arrecadação em folha de pagamento, a partir da competência julho/2010. Em caso de impossibilidade administrativa, o pagamento da contribuição poderá ser feito mediante débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança.

Parágrafo Primeiro - O valor da contribuição estipulada no caput desta Cláusula poderá ser revisto sempre que a reavaliação atuarial recomendar, observando-se a normatização sobre a matéria. (Redação dada pelo 3º Termo aditivo assinado em 03 de Maio de 2010)

A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio do plano **GEAPEssencial** para si e seus dependentes e pensionista, na forma estabelecida na Cláusula Segunda, corresponderá a R\$ 45,52 (quarenta e cinco reais e cinquenta e dois centavos) por beneficiário inscrito no plano, mediante arrecadação em folha de pagamento, a partir da competência julho/2010. Em caso de impossibilidade administrativa, o pagamento da contribuição poderá ser feito mediante débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança. (Redação dada pelo 4º Termo aditivo assinado em 20 de Agosto de 2010)

A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio do plano **GEAPEssencial** para si e seus dependentes e pensionista, na forma estabelecida na Cláusula Segunda, corresponderá aos valores definidos na tabela abaixo, por beneficiário inscrito no plano, a partir da competência julho/2011, mediante arrecadação em folha de pagamento:

Faixa de Remuneração	Valor da Contribuição por Beneficiário
R\$ 0,00 – R\$ 1.499,00	R\$ 32,64
R\$ 1.500,00 – R\$ 1.999,00	R\$ 36,59
R\$ 2.000,00 – R\$ 2.499,00	R\$ 42,39
R\$ 2.500,00 – R\$ 2.999,00	R\$ 46,98
R\$ 3.000,00 – R\$ 3.999,00	R\$ 52,55
R\$ 4.000,00 – R\$ 5.499,00	R\$ 65,86
R\$ 5.500,00 – R\$ 7.499,00	R\$ 69,36
R\$ 7.500,00 ou mais	R\$ 71,27

Parágrafo Primeiro – Em caso de impossibilidade administrativa, o pagamento da contribuição poderá ser feito mediante débito em

conta corrente, título de cobrança bancária ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança.

Parágrafo Segundo – O valor da contribuição estipulada no caput desta Cláusula poderá ser revisto sempre que a reavaliação atuarial recomendar, observando-se a normatização sobre a matéria.

Parágrafo Terceiro – A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício dos Titulares com a **FUA**, em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção dos beneficiários no Plano **GEAPEssencial**, desde que se responsabilize, além do pagamento de sua contribuição, pelo pagamento da contribuição da **FUA** prevista na Cláusula Sexta, observando-se:

I - O período de manutenção a que se refere o **Parágrafo Terceiro** será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, sendo extensivo, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando cancelamento do Titular no plano por rescisão de contrato de trabalho, não sendo permitidas novas inscrições de Dependentes ou Agregados;

II - Em caso de morte do Titular, o direito de permanência é assegurado aos Dependentes e Agregados cobertos pelo plano, nos termos do disposto do inciso I deste parágrafo. (Redação dada pelo 5º Termo aditivo assinado em 13 de Abril de 2011)

CLÁUSULA OITAVA – DA PARTICIPAÇÃO PELO USO DOS SERVIÇOS

Os Pensionistas e Titulares serão responsáveis pelo pagamento dos valores correspondentes à participação no custeio dos serviços utilizados, inclusive, no caso dos últimos, por seus respectivos dependentes e agregados, na forma estabelecida no **Parágrafo Quarto** da Cláusula Quinta, que serão cobrados pela **FUNDAÇÃO** mediante consignação em folha de pagamento, débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou outro meio hábil ou idôneo de cobrança.

Parágrafo Primeiro – A participação no custo dos serviços de que trata o **Parágrafo Quarto** da Cláusula Quinta será efetivada de forma parcelada, em valores mensais não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração, provento ou pensão.

Parágrafo Segundo - Havendo a perda de vínculo funcional ou empregatício do Titular com a **FUA** e caso sejam verificados valores correspondentes à participação nas despesas, o montante devido deverá ser quitado pelo Titular, caso contrário será incorporado ao saldo patrimonial contábil da **FUA**.

CLÁUSULA NONA – DA CONTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS AGREGADOS

Os Titulares do plano **GEAPEssencial** poderão inscrever seus Agregados, observando-se o **Parágrafo Quinto** da Cláusula Segunda do presente Convênio de Adesão, desde que arque com a contribuição individual e integral, por faixa etária, para cada Agregado inscrito nos planos administrados pela **FUNDAÇÃO**, desonerando a **FUA** de qualquer contribuição para tal categoria de beneficiários.

Parágrafo Único – A contribuição do Beneficiário Agregado será individual, fixada por faixa etária e poderá ser revista sempre que a avaliação atuarial recomendar.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO REPASSE DE RECURSOS

A contribuição da **FUA** deverá ser repassada à **FUNDAÇÃO** até o 5º (quinto) dia útil subsequente à competência a que se refere, acrescida das importâncias previstas nas Cláusulas Sétima e Oitava, quando consignadas em folha de pagamento, mediante demonstrativo sintético, pela **FUNDAÇÃO**, dos beneficiários inscritos no plano de assistência à saúde suplementar do servidor.

Parágrafo Primeiro - Os recursos mencionados no caput desta Cláusula serão creditados pela **FUA**, em favor da **FUNDAÇÃO**, na conta corrente por ela indicada.

Parágrafo Segundo - As importâncias referidas nesta Cláusula terão seus valores corrigidos pelo INPC ou outro índice oficial do Governo Federal que venha a substituí-lo, quando não creditadas na data pactuada, para lhes preservar o valor real.

Parágrafo Terceiro - As despesas administrativas necessárias para a consecução dos objetivos propostos no presente Convênio de Adesão correrão por conta do Fundo de Administração da **FUNDAÇÃO**, composto por até 15% (quinze por cento) das receitas de contribuição mensal previstas neste Instrumento.

Parágrafo Quarto - O não pagamento das contribuições devidas pela **FUA** por dois meses consecutivos ou três alternados restringirá os Planos de Saúde às situações de urgência/emergência, na forma da legislação em vigor, sem prejuízo do disposto na legislação aplicável ao assunto.

Parágrafo Segundo - As importâncias referidas nesta Cláusula terão seus valores corrigidos pelo INPC pro rata die ou outro índice oficial do Governo Federal que venha substituí-lo, quando não creditadas na data pactuada, para lhes preservar o valor real.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA DOTAÇÃO

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

As contribuições da **FUA** correrão à conta de recursos Específicos consignados no Orçamento Geral da União, na seguinte dotação orçamentária: Fonte – _____, Programa de Trabalho – _____, Elemento de Despesa – _____, no valor estimado de _____ (_____).

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A **FUNDAÇÃO** apresentará a **FUA** e à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, semestralmente, quadro demonstrativo onde figure, detalhadamente, a receita arrecadada e as despesas verificadas com os Pensionistas, Titulares e seus dependentes dos Planos de Saúde.

Parágrafo Único - A Prestação de Contas final deverá ser apresentada a **FUA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do término desta avença.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA SOLIDARIEDADE

As patrocinadoras, na forma do Estatuto da **FUNDAÇÃO**, se responsabilizam solidariamente com as obrigações dos Planos de Saúde, garantindo-se o registro contábil individual por cada órgão conveniado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS CARÊNCIAS

Os beneficiários que se inscreverem nos planos de saúde administrados pela **FUNDAÇÃO** cumprirão os seguintes períodos de carência:

- I - para urgências e emergências: 24 horas;
- II - para as demais coberturas: 180 (cento e oitenta) dias;
- III - para partos a termo: 300 (trezentos) dias.

Parágrafo Primeiro - Não poderá haver antecipação das contribuições mensais com o intuito de abreviar os prazos das carências.

Parágrafo Segundo – Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de vigência deste convênio.

Parágrafo Terceiro - É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, e seus dependentes, se a adesão ao plano ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da posse.

Parágrafo Quarto - O filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, está isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção.

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

Parágrafo Sexto – Será permitido o retorno aos planos de saúde administrados pela **FUNDAÇÃO** no limite de três reingressos, cumprindo-se a seguinte carência:

- I - se o retorno se der no prazo de 60 (sessenta) dias do cancelamento da inscrição os Beneficiários estarão isentos do cumprimento de nova carência;
- II - se o retorno se der após 60 (sessenta) dias do cancelamento da inscrição aos Beneficiários será exigido o cumprimento da carência constante do caput desta cláusula.

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

Parágrafo Quarto - O filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, está isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após a realização do parto ou da adoção. (Redação dada pelo 1º Termo aditivo assinado em 07 de Julho de 2008)

Parágrafo Sexto – Será permitido o retorno aos planos de saúde administrados pela **FUNDAÇÃO** no limite de três reingressos, cumprindo-se as carências constantes do caput desta Cláusula. (Redação dada pelo 4º Termo aditivo assinado em 20 de Agosto de 2010)

Parágrafo Sexto – Será permitido o retorno aos planos de saúde administrados pela **FUNDAÇÃO** no limite de três reingressos, cumprindo-se as carências previstas nos regulamentos dos planos. (Redação dada pelo 5º Termo aditivo assinado em 13 de Abril de 2011)

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RETIRADA DO PATROCINADOR

A saída da **FUA** da cobertura do presente Convênio de Adesão dar-se-á:

- I. por requerimento da **FUA**;
- II. por extinção da **FUA**, inclusive por fusão ou incorporação a outro órgão patrocinador ou não da **FUNDAÇÃO**;
- III. por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste Convênio e Termos Aditivos dele decorrentes.

Parágrafo Primeiro - No caso de fusão ou incorporação da **FUA** a outro órgão patrocinador da **FUNDAÇÃO**, a cobertura aos beneficiários inscritos não sofrerá solução de continuidade, desde que o sucessor legalmente constituído expresse, formalmente, garantia sobre a continuidade das obrigações pactuadas.

Parágrafo Segundo - Na hipótese de saída da **FUA** da condição de patrocinador, será necessário o cumprimento do estabelecido no artigo 20 da Resolução Normativa/ANS/Nº 137/2006, ou outro normativo que venha a substituí-la, especialmente declaração assinada pelos representantes dos patrocinadores remanescentes junto à **GEAP**, afirmando que não há qualquer restrição à saída da **FUA**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO

Constituem obrigações da **FUNDAÇÃO**:

- I. Viabilizar aos Beneficiários inscritos, por meio de sua rede de prestadores de serviço, os programas de assistência ambulatorial, hospitalar e odontológica previstos no plano **GEAPEssencial**, em nível nacional, por intermédio da rede de serviços contratada;
- II. Administrar o comando das inclusões, exclusões e reinclusões das contribuições mensais, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos Beneficiários;
- III. Fornecer o Cartão de Identificação aos Beneficiários do plano **GEAPEssencial**;
- IV. Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- V. Disponibilizar aos Titulares e Pensionistas a relação de prestadores de serviço da Unidade da Federação onde residem;
- VI. Fornecer a **FUA**, periodicamente, a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes;
- VII. Disponibilizar, trimestralmente, ao titular do plano, extrato demonstrativo detalhado dos procedimentos utilizados pelos beneficiários, com a indicação do prestador do serviço e data de sua realização;
- VIII. Designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com a **FUA**.

Parágrafo Primeiro - A **FUNDAÇÃO** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo Segundo - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Pensionista e Titular do plano e à ANS, com 30

(trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

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

Parágrafo Quarto - Nenhuma responsabilidade caberá à **FUNDAÇÃO** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico- hospitalares de livre escolha do servidor.

Parágrafo Quinto - A **FUNDAÇÃO** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do disposto no presente Convênio de Adesão.

Parágrafo Sexto - Os beneficiários do plano **GEAPEssencial** terão acesso à rede de serviços contratada pela **FUNDAÇÃO** para a realização dos procedimentos cobertos pelo plano, cuja divulgação dos prestadores de serviços contratados será feita da forma seguinte:

I - O titular e o pensionista receberão, no ato da inscrição, a lista de prestadores de serviço vinculados ao plano **GEAPEssencial**;

II - Será disponibilizada por meio da Internet no site da **FUNDAÇÃO** a rede de serviços contratada, com atualização periódica, sempre que sofrer alteração;

III - Em caso de rescisão de contrato com prestador de serviço da rede hospitalar vinculado ao plano, na forma do artigo 17 da Lei 9.656/98, a **FUNDAÇÃO** comunicará aos titulares e pensionistas do plano informando da alteração procedida.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA FUA

Constituem obrigações da **FUA**:

I. Repassar para a **FUNDAÇÃO** os valores de contribuição e participação previstos nas Cláusulas Sexta, Sétima e Oitava, conforme o caso;

II. Indicar um servidor da **FUA** para ser o responsável pela gestão deste Convênio junto à Direção Executiva da **GEAP**, assim como as Superintendências e Representações da **FUNDAÇÃO**;

III. Obter autorização expressa dos Titulares e Pensionistas para consignar em folha de pagamento ou débito em conta corrente os valores decorrentes das contribuições e participações;

IV. Informar de maneira clara e precisa aos servidores da **FUA** o procedimento para inscrição nos planos administrados pela **FUNDAÇÃO**;

V. Fornecer à **FUNDAÇÃO** relação de servidores e pensionistas aptos a inscreverem-se nos Planos de Saúde;

VI. Encaminhar, no período de 20 a 30 de cada mês, às Superintendências e Representações da **FUNDAÇÃO** os formulários de inscrição de novos beneficiários (Titulares, Dependentes e Pensionistas), com as informações necessárias para o seu cadastramento e recebimento dos Cartões de Identificação de Beneficiários;

VII. Fornecer, mensalmente, à **FUNDAÇÃO**, no período de 20 a 30 de cada mês, lista nominal de todos os Titulares excluídos da cobertura financeira da **FUA** por qualquer motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito ao Plano de Saúde;

- VIII. Recolher e devolver à **FUNDAÇÃO** os Cartões de Identificação dos Beneficiários excluídos;
- IX. Comunicar às Superintendências e Representações da **FUNDAÇÃO**, eventuais recusas de devolução dos Cartões de Identificação dos Beneficiários;
- X. Encaminhar à Diretoria Executiva da **FUNDAÇÃO**, mensalmente, meio que permita identificar os Titulares e Pensionistas inscritos, bem como possibilitar o comando dos descontos de contribuição e/ou participação nas despesas, quando estas operações forem realizadas pela **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Primeiro – A inscrição dos beneficiários na forma do inciso VI desta Cláusula se dará por meio de opção formal em instrumento a ser firmado com o Titular e o Pensionista, denominado “Termo de Adesão ao **GEAPEssencial**”, onde o mesmo adere às regras, cláusulas e definições constantes deste Convênio e do Regulamento do Plano.

Parágrafo Segundo - Na hipótese da ocorrência do inciso VII desta Cláusula, a **FUA** deverá manter a regularidade de suas contribuições até o mês de comunicação relativa à exclusão de beneficiários do Plano.

Parágrafo Terceiro - A **FUA** participará da administração da **FUNDAÇÃO** na forma definida em seu Estatuto.

Parágrafo Quarto – Para fins dos incisos VI e VII desta Cláusula, a inscrição ou exclusão dos beneficiários ocorrerá no 1º dia do mês subsequente à informação da **FUA** à **FUNDAÇÃO**, servindo esta data para fins de todos os direitos perante o plano, inclusive carência.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA INSCRIÇÃO, DO CANCELAMENTO E DO REINGRESSO

É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário no plano de assistência à saúde de que trata o presente Convênio.

Parágrafo Primeiro - A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o estabelecido no Inciso VI e VII da Cláusula Décima Sétima, sendo a data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Parágrafo Segundo - As exclusões dos planos de assistência à saúde de que trata o presente Convênio de Adesão ocorrerão nas seguintes situações:

- I - suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- II - exoneração ou dispensa do cargo ou emprego; III - remoção ou redistribuição;
- IV - licença sem remuneração;
- V - deslocamento para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- VI - exercício provisório;
- VII - decisão administrativa ou judicial; VIII – fraude;
- IX – inadimplência de contribuição ou participação, por período superior a 60 (sessenta) dias; e
- X - outras situações previstas em Lei e no regulamento do plano.

Parágrafo Terceiro - No caso de licença sem remuneração, o titular poderá optar por permanecer no plano, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

Parágrafo Quarto - A inscrição, o cancelamento ou o reingresso de beneficiários no Plano **GEAPEssencial** obedecerão ao disposto abaixo:

- I. A **FUA** deverá observar, no ato de inscrição dos Titulares e Pensionistas, se sua margem consignável comporta o desconto das contribuições e participações para a **FUNDAÇÃO**;
- II. O cancelamento de inscrição no Plano poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa dos Titulares e Pensionistas, sendo exigida a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação;
- III. Ocorrendo o cancelamento de inscrição do Titular, todos os seus dependentes e Agregados terão sua inscrição cancelada;
- IV. Aos Titulares inscritos que venham a ser redistribuídos, exonerados, demitidos ou licenciados aplicar-se-á o disposto no inciso II desta Cláusula, no tocante à quitação de eventuais débitos;
- V. A **FUA** não se responsabilizará pela utilização irregular dos serviços viabilizados por intermédio da **FUNDAÇÃO**, nem por eventuais débitos ocorridos após a comunicação, pela **FUA**, de qualquer evento que implique no cancelamento de inscrição do Pensionista, do Titular e seus Dependentes;
- VI. O reingresso de beneficiários nos planos obedecerá aos procedimentos e exigências documentais descritos nas Normas Técnicas da **FUNDAÇÃO**.

Parágrafo Segundo - As exclusões dos planos de assistência à saúde de que trata o presente Convênio de Adesão ocorrerão nas seguintes situações:

- I. por vontade expressa do titular
 - II. suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
 - III. exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
 - IV. redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
 - V. licença sem remuneração;
 - VI. decisão administrativa ou judicial;
 - VII. fraude;
 - VIII. inadimplência de contribuição ou participação, por período superior a 60 (sessenta) dias; e
 - IX. outras situações previstas em Lei e no regulamento do plano.
- (Redação dada pelo 3º Termo aditivo assinado em 03 de Maio de 2010)

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA VIGÊNCIA

O presente Convênio entrará em vigor na data de sua assinatura, com vigência de 60 (sessenta) meses, salvo se ocorrer o disposto na Cláusula Vigésima Segunda.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA POSSIBILIDADE DE INGRESSO DOS BENEFICIÁRIOS EM PLANO DIFERENCIADO

O servidor ativo e inativo e o pensionista vinculados a **FUA** poderão optar pelo plano **GEAPClássico** oferecido pela **FUNDAÇÃO**, desde que arque com o custo adicional de tal produto, sendo-lhe garantida a contrapartida patronal na forma estabelecida na Cláusula Sexta deste Convênio.

O servidor ativo e inativo e o pensionista vinculados a **FUA** poderão optar pelos planos **GEAPClássico**, **GEAPReferência** e **GEAPSaúde** II oferecidos pela **FUNDAÇÃO**, desde que arque com o custo de tais

produtos, sendo-lhe garantida a contrapartida patronal na forma estabelecida na Cláusula Sexta deste Convênio.

Parágrafo Único - A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio dos planos de que tratam o caput desta cláusula, para si e seus dependentes e pensionistas, corresponderão aos seguintes valores:

I – R\$ 54,50 (cinquenta e quatro reais e cinquenta centavos) por cada beneficiário inscrito no plano **GEAPReferência**.

II – R\$ 80,47 (oitenta reais e quarenta e sete centavos) por cada beneficiário inscrito no plano **GEAPClássico**.

III - R\$ 115,19 (cento e quinze reais e dezenove centavos) por cada beneficiário inscrito no plano **GEAPSaúde II**.

(Redação dada pelo 2º Termo aditivo assinado em 03 de Julho de 2009)

Parágrafo Único - A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio dos planos de que tratam o caput desta cláusula, para si e seus dependentes e pensionistas, a partir da competência julho/2010, corresponderão aos seguintes valores:

I – R\$ 32,70 (trinta e dois reais e setenta centavos) por beneficiário inscrito no plano **GEAP-Referência**.

II – R\$ 64,05 (sessenta e quatro reais e cinco centavos) por beneficiário inscrito no plano **GEAPClássico**.

III – R\$ 95,90 (noventa e cinco reais e noventa centavos) por beneficiário inscrito no plano **GEAPSaúde II**.

(Redação dada pelo 4º Termo aditivo assinado em 20 de Agosto de 2010)

Parágrafo Único - A contribuição financeira mensal dos Titulares destinada exclusivamente para custeio dos planos de que tratam o caput desta cláusula, para si e seus dependentes e pensionistas, corresponderão aos valores definidos na tabela abaixo, a partir da competência julho/2011:

I – **GEAP-Referência**

Faixa de Remuneração	Valor da Contribuição por Beneficiário
R\$ 0,00 – R\$ 1.499,00	R\$ 18,80
R\$ 1.500,00 – R\$ 1.999,00	R\$ 24,45
R\$ 2.000,00 – R\$ 2.499,00	R\$ 29,93
R\$ 2.500,00 – R\$ 2.999,00	R\$ 34,19
R\$ 3.000,00 – R\$ 3.999,00	R\$ 39,78
R\$ 4.000,00 – R\$ 5.499,00	R\$ 52,13
R\$ 5.500,00 – R\$ 7.499,00	R\$ 55,44
R\$ 7.500,00 ou mais	R\$ 57,58

II – **GEAPClássico**

Faixa de Remuneração	Valor da Contribuição por Beneficiário
R\$ 0,00 – R\$ 1.499,00	R\$ 46,88
R\$ 1.500,00– R\$ 1.999,00	R\$ 52,31
R\$ 2.000,00– R\$ 2.499,00	R\$ 57,91
R\$ 2.500,00 – R\$ 2.999,00	R\$ 62,75
R\$ 3.000,00 – R\$ 3.999,00	R\$ 68,06
R\$ 4.000,00 – R\$ 5.499,00	R\$ 81,99
R\$ 5.500,00 – R\$ 7.499,00	R\$ 85,47
R\$ 7.500,00 ou mais	R\$ 88,20

III – GEAPSaúde II

Faixa de Remuneração	Valor da Contribuição por Beneficiário
R\$ 0,00 – R\$ 1.499,00	R\$ 89,05
R\$ 1.500,00 – R\$ 1.999,00	R\$ 93,93
R\$ 2.000,00 – R\$ 2.499,00	R\$ 101,13
R\$ 2.500,00 – R\$ 2.999,00	R\$ 106,32
R\$ 3.000,00 – R\$ 3.999,00	R\$ 111,02
R\$ 4.000,00 – R\$ 5.499,00	R\$ 128,09
R\$ 5.500,00 – R\$ 7.499,00	R\$ 131,74
R\$ 7.500,00 ou mais	R\$ 135,56

(Redação dada pelo 5º Termo aditivo assinado em 13 de Abril de 2011)

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

O presente CONVÊNIO será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União nos termos do **Parágrafo Único** do art. 61, da Lei nº 8.666/93, correndo as despesas às expensas da **FUA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO

O presente Convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou a qualquer tempo, em face da superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexecutável, observando-se o disposto no **Parágrafo Segundo** da Cláusula Décima Quinta.

Parágrafo Primeiro - No período de 60 (sessenta) dias após a denúncia, o atendimento aos beneficiários vinculados a **FUA** restringir-se-á às urgências e emergências.

Parágrafo Segundo - A **FUA** deverá continuar creditando à **FUNDAÇÃO** as contribuições previstas nas Cláusulas Sexta, Sétima e Oitava, mesmo após a denúncia no prazo estipulado no caput desta Cláusula.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DO FORO

O Foro do presente CONVÊNIO é o da Justiça Federal, Seção Judiciária de Brasília/DF, para dirimir quaisquer litígios oriundos do presente instrumento, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

Brasília, 13 de Fevereiro de 2008.

**HIDEMBERGUE ORDOZGOITH DA
FROTA** Presidente do Conselho Diretor
da FUNDAÇÃO Universidade do
Amazonas – FUA

REGINA RIBEIRO PARIZI CARVALHO
Diretora Executiva da GEAP –
FUNDAÇÃO de Seguridade Social

Testemunhas:

Nome Nome

CI/CPF CI/CPF

Nome Nome

CI/CPF CI/CPF

Anexo V – Modelo de Ata e Formulários

MODELOS DE FORMULÁRIOS (ANEXO 5)

FORMULÁRIO PARA <i>BRAINSTORMING</i>	
PROBLEMA	CAUSA
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

FORMULÁRIO PARA A FERRAMENTA 5W1H	
PROBLEMA 1	
1. O que será feito (<i>What</i>)?	1.
2. Quando será feito (<i>When</i>)?	2.
3. Quem fará (<i>Who</i>)?	3.
4. Onde será feito (<i>Where</i>)?	4.
5. Porque será feito (<i>Why</i>)?	5.
6. Como será feito (<i>How</i>)?	6.
PROBLEMA 2	
1. O que será feito (<i>What</i>)?	1.
2. Quando será feito (<i>When</i>)?	2.
3. Quem fará (<i>Who</i>)?	3.
4. Onde será feito (<i>Where</i>)?	4.
5. Porque será feito (<i>Why</i>)?	5.
6. Como será feito (<i>How</i>)?	6.

Os modelos de formulários aqui expostos serviram para direcionamento das reuniões com os responsáveis pelo processo e documentação das mesmas. O intuito foi mapear as dificuldades encontradas (gargalos de processo) e propor as melhores soluções que foram implementadas na proposta (Cenário III).

**Anexo VI –Formulário desenvolvido
para ressarcimento de plano de saúde**

ANEXO VI – FORMULÁRIO DESENVOLVIDO PARA RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA



REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE

(Decreto nº 4978/2004, modificado pelo Decreto nº 5010/2004, e Portaria Normativa nº 03/2009 – SRH/MPOG)

Nome:		
<input type="checkbox"/> Servidor Ativo	<input type="checkbox"/> Servidor Aposentado	<input type="checkbox"/> Pensionista
Cargo:		
Matricula SIAPE:		
Lotação:		
Endereço atual:		
Telefone:	E-mail:	
Plano de Saúde:		
Relação de Dependentes:		
Nome do Dependente	Tipo de Dependente (filho, cônjuge, etc.)	Data de Nascimento
<p>Venho pelo presente requerer, nos Termos da Portaria Normativa nº 03/2009 – SRH/MPOG, o ressarcimento do valor de R\$65,00 (sessenta e cinco reais) per capita, a título de auxílio de caráter indenizatório referente à assistência à saúde suplementar. Fico ciente, desde já, de que a continuidade deste auxílio está condicionada à apresentação, no Departamento de Pessoal da UFAM, até o 5º dia útil de cada mês, de cópia do comprovante de pagamento do boleto do plano de saúde. Da mesma forma, comprometo-me a informar as alterações referentes aos dependentes que importem a perda dessa qualidade, bem como eventual desligamento do plano de saúde, sob pena de devolução dos valores indevidamente recebidos.</p> <p>Para fins de cadastro inicial, apresentar original e cópia ou cópia autenticada dos seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrato com a operadora de plano de saúde; ▪ Comprovante de pagamento da última prestação; ▪ Certidão de nascimento do(s) filho(s), enteado(s), ou dependente(s) com provisão de guarda judicial; ▪ Caso o filho, enteado ou dependente legalmente constituído tenha mais de 21 anos e menos de 24 anos, deverá ser apresentado comprovante de que o mesmo é estudante de instituição de curso regularmente reconhecido pelo MEC; ▪ Certidão de Casamento; ▪ Documento comprobatório de união estável, inclusive se relação homoafetiva. 		

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob as penas da Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

Manaus, de de 20 .

Assinatura



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA



Orientações para ressarcimento das despesas com saúde suplementar

- Conforme artigo 4º da Portaria Normativa da Secretaria de Recursos Humanos do MPOG nº 03, de 30/07/2009, que estabelece orientações sobre a assistência à saúde suplementar do servidor, serão beneficiários do Plano de Assistência à Saúde Suplementar:
 - I. Na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargos efetivos, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;
 - II. Na qualidade de dependente do servidor:
 - a. O cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
 - b. O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
 - c. A pessoal separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
 - d. Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
 - e. Os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
 - f. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “d” e “e”.
 - III. Pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

Parágrafo Único. A existência do dependente constante das alíneas “a” ou “b” do inciso II desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea “c” daquele inciso.

De acordo com o Art.28. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, de cópia do pagamento do boleto do plano de saúde, desde que apresentada ao órgão setorial ou seccional do SIPEC ao qual está vinculado, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

No primeiro momento, para início do processo de ressarcimento do valor *per capita* de R\$65,00 (sessenta e cinco reais) e pelo curto prazo que temos antes do fechamento do exercício de 2009 que ocorre início de dezembro do corrente. Orientamos abaixo, os procedimentos que os servidores ativos; aposentados e pensionistas deverão proceder.

Período de entrega da documentação será de 23/10/2009 a 10/11/2009, nos três Setores da UFAM abaixo identificados, para análise quanto ao amparo legal à luz da Portaria Normativa da Secretaria de Recursos Humanos do MPOG nº 03, de 30/07/2009.

- Departamento de Pessoal da Pró-Reitoria para Assuntos Comunitários – (DEPES)
- Serviço de Recursos Humanos do Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV
- Pró-Reitoria para Assuntos Comunitários (PROCOMUN).

Após o dia 10/11/2009, período de implantação do benefício:

- a) o servidor somente receberá o ressarcimento em 2010, inclusive os retroativos do exercício anterior.
- b) a partir de janeiro de 2010, o servidor terá que se dirigir somente ao Departamento de Pessoal (DEPES), a fim de entregar os documentos em original e cópia ou cópias autenticadas das despesas mensais com saúde suplementar.
- A suspensão ou cancelamento do contrato deverá ser imediatamente comunicado ao Departamento de Pessoal desta Pró-Reitoria, sob pena de incorrer no **artigo 46 da Lei nº 8.112/90**.
- **O pagamento do ressarcimento será retroativo ao mês de julho de 2009, mês de publicação da Portaria Normativa nº 03 de 30/07/2009.**