

PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015

O SIMA – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DE ÁGUA DOCE (SC), representado neste ato por seu Presidente, Sr. ELIAS VIECELLI, torna público que realizará TOMADA DE PREÇO, tipo MENOR PREÇO GLOBAL, nos termos da Lei 8.666/93 e suas alterações, Lei Complementar nº 123/2006, bem como de acordo com as condições estabelecidas neste Edital, convocando todos os interessados a participarem, **no dia 07 de outubro de 2015, com entrega dos envelopes da documentação e propostas até às 13h30 horas, dando-se a abertura dos mesmos às 14h00**, em ato público, na Sala de Reuniões da Prefeitura de Água Doce, na Praça João Macagnan, 322, Centro, Água Doce (SC).

Os envelopes contendo a documentação e a proposta poderão ser remetidos em correspondência registrada, por sedex e/ou despachados por intermédio de empresas que prestam este tipo de serviço, hipóteses em que o Município não se responsabilizará por extravio ou atraso.

1. DO OBJETO E DA FORMA DE EXECUÇÃO:

1.1. DO OBJETO:

1.1.1. A presente licitação tem por objeto a contratação de Plano de Assistência à Saúde, exceto serviços odontológicos, na prestação de Plano Privado de Assistência à Saúde na modalidade PRÉ-PAGAMENTO registrado na ANS, de abrangência em todo estado de Santa Catarina e Nacional, regime ambulatorial, hospitalar e obstetrícia em acomodação enfermagem, com participação em procedimentos ambulatoriais para os servidores Ativos e Inativos do Município de Água Doce/SC e seus dependentes, na forma e condições descritas nos Anexos I deste Edital.

2. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:

2.1. Poderão participar desta licitação pessoas jurídicas interessadas na prestação dos serviços descritos no objeto deste Edital.

2.2. Não poderão participar desta licitação as pessoas jurídicas que:

- a) Tiverem contratos rescindidos, por iniciativa da Administração Municipal, Direta ou Indireta;
- b) Tiverem seus cadastros cancelados, por iniciativa da Prefeitura;
- c) Tenham sido declaradas impedidas de se cadastrarem, licitarem ou contratarem com a Administração Pública, enquanto durar o impedimento;
- d) Tenham sido declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurar o motivo determinante da punição, ou até que seja promovida a reabilitação;
- e) Cujos diretores, responsáveis técnicos ou sócios figurem como sendo funcionários, empregados ou ocupantes de cargos comissionados junto à CONTRATANTE;
- f) Associarem-se em grupos de sociedade e consórcios, para satisfazerem a prestação dos serviços estabelecida no Anexo I;
- g) Estiver sob falência, concordata, concurso de credores ou liquidação.

2.3. Não será permitida a subcontratação dos serviços aqui licitados, devendo as Proponentes participarem isoladamente.

2.4. Será admitida apenas uma proposta por proponente, no presente certame.

2.5. Para ter direito a manifestar-se no processo licitatório, cada licitante deverá apresentar-se com apenas um representante que, devidamente munido de documento responda por sua representada, observado o contido no item 4 deste Edital.

2.6. DA PARTICIPAÇÃO DAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE:

2.6.1. As microempresas e empresas de pequeno porte que QUISEREM participar deste certame usufruindo os benefícios concedidos pela Lei Complementar nº 123/2006, deverão observar o disposto nos subitens seguintes.

2.6.2. A condição de Microempresa e Empresa de Pequeno Porte, para efeito do tratamento diferenciado previsto na Lei Complementar 123/2006, deverá ser comprovada, mediante apresentação da seguinte documentação:

2.6.2.1. Certidão Simplificada emitida pela Junta Comercial da sede do licitante onde conste o seu enquadramento como Empresa de Pequeno Porte ou Microempresa.

2.6.2.1.1. As sociedades simples, que não registram seus atos na Junta Comercial, deverão apresentar certidão do Registro Civil de Pessoas Jurídicas atestando seu enquadramento nas hipóteses do art. 3º da Lei Complementar nº 123/2006.

2.6.2.1.2. A Certidão deve estar atualizada, ou seja, emitida a menos de **120 (cento e vinte) dias** da data marcada para a abertura da presente Licitação.

2.6.2.2. Declaração de enquadramento em conformidade com o art. 3º da Lei Complementar nº 123/2006, afirmando ainda que não se enquadram em nenhuma das hipóteses do § 4º do art. 3º da Lei Complementar nº 123/2006.

2.6.3. Os documentos para fins de comprovação da condição de microempresa e empresa de pequeno porte deverão ser apresentados FORA DOS ENVELOPES, no ato de CREDENCIAMENTO das empresas participantes.

3. DO CREDENCIAMENTO:

3.1. Fica a critério do licitante se fazer representar ou não na sessão.

3.2. A empresa participante deste processo licitatório que enviar representante legal deverá, até o horário indicado no preâmbulo deste Edital, apresentar-se ao Presidente da Comissão e/ou Membros da Comissão para efetuar seu credenciamento como participante deste Pregão, apresentando os seguintes documentos, em cópia autenticada ou cópia e respectivo original (em mãos) para autenticação:

3.2.1. Se pessoa jurídica:

- a) Caso o representante seja sócio, proprietário ou dirigente da empresa proponente deverá apresentar:
 - Cópia do ato constitutivo ou do contrato social, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura;
 - Cópia do documento de identidade e do Cadastro de Pessoa Física – CPF. (será dispensável a apresentação de cópia do CPF se sua numeração constar do documento de identidade apresentado);
 - Declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação.
- b) Caso o representante seja preposto da empresa proponente, deverá apresentar:
 - Instrumento procuratório ou Carta de Credenciamento, com firma reconhecida em cartório;

- Cópia da cédula de identidade e do Cadastro de Pessoa Física – CPF. (será dispensável a apresentação de cópia do CPF se sua numeração constar do documento de identidade apresentado);
- Cópia do ato constitutivo ou contrato social;
- Declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação.

3.3. O não comparecimento do titular e/ou do representante credenciado não enseja a inabilitação, nem a desclassificação do Licitante. A empresa que não se fizer representar participará do certame apenas com a sua proposta escrita.

3.4. A empresa que não se fizer representar fica automaticamente impedida de participar da fase de competição com lances verbais, da negociação de preços e de se manifestar motivadamente sobre os atos da Administração, decaindo, em consequência do direito de interpor recurso.

3.5. Nenhuma pessoa física ou jurídica poderá representar mais de um Licitante.

3.6. Os documentos de credenciamento, os quais farão parte do presente processo licitatório deverão ser entregues SEPARADAMENTE dos envelopes da Proposta e da Documentação.

4. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO, DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO:

4.1. A declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação deverá ser apresentada FORA DOS ENVELOPES 01 e 02.

4.2. Caso o referido documento não seja apresentado na forma estabelecida acima, a Presidente da Comissão de Licitação poderá suprir tal formalidade através de declaração a ser firmada pelo representante legal da empresa proponente durante a sessão.

4.3. A proposta e os documentos para habilitação deverão ser apresentados, separadamente, em 02 envelopes lacrados e rubricados, contendo em sua parte externa os seguintes dizeres:

EMPRESA PROPONENTE:

ENVELOPE 01 - PROPOSTA

SIMA – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DE ÁGUA DOCE/SC

PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 1/2015 – TP Nº 1/2015

EMPRESA PROPONENTE:

ENVELOPE 02 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

SIMA – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DE ÁGUA DOCE/SC

PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 1/2015 – TP Nº 1/2015

5. ABERTURA DOS ENVELOPES, DOCUMENTAÇÃO E DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DA HABILITAÇÃO

5.1. Na data e horário fixados no preâmbulo deste Edital, à vista dos interessados presentes, serão abertos os envelopes contendo a “DOCUMENTAÇÃO” (Envelope nº 01) para fins de habilitação, os quais serão examinados e rubricados pelos Proponentes presentes e pelos membros da Comissão.

5.2. Os envelopes contendo as PROPOSTAS DE PREÇO ficarão sob a guarda da Comissão de Licitações, acondicionados em envelope devidamente fechados e lacrados à vista dos presentes que, querendo poderão rubricá-los, e serão abertos na data a ser determinada.

5.3. Abertos os trabalhos da presente licitação, na data e hora fixadas no preâmbulo deste Edital, pelo(a) Presidente da Comissão, não serão recebidos outros documentos ou propostas, nem serão permitidos adendos ou alterações nas que tiverem sido apresentadas, ressalvada a faculdade da Comissão de promover diligências para a obtenção de informações e esclarecimentos complementares de quaisquer das proponentes, sendo expressamente vedada a inclusão posterior de documentos que deveriam constar originariamente das propostas.

5.4. Será lavrada Ata que conterà o registro das principais ocorrências da reunião, em especial a enumeração dos candidatos que apresentarem os envelopes “Documentação” e “Proposta de Preços”.

5.5. Após o julgamento da documentação recebida – Envelope nº 01 – a Comissão divulgará o resultado da fase de habilitação e a data e horário de abertura do Envelope nº 02 – Proposta de Preços, com a indicação dos nomes das pessoas jurídicas habilitadas ou inabilitadas para concorrerem à licitação, mediante publicação na Imprensa Oficial, ou então se presentes os prepostos dos licitantes, mediante comunicação direta aos interessados e lavrada a ata a que se refere o item 6.4, que será afixada em quadro de avisos da Comissão.

5.6. Decorrida a fase de habilitação, não cabe desistência de proposta, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão.

6. DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE HABILITAÇÃO – ENVELOPE Nº 01

6.1. Para fins de habilitação ao certame, as Proponentes interessadas deverão apresentar a seguinte documentação:

- a) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais ou cooperativas, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos da eleição de seus administradores;
- b) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal e Dívida Ativa da União (Certidão de quitação de tributos e contribuições federais administrados pela Secretaria da Receita Federal e Contribuições Previdenciárias);
- d) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica. As licitantes sediadas em outros Estados deverão apresentar, juntamente com a certidão negativa exigida, declaração passada pelo foro de sua sede, indicando quais os Cartórios ou Ofícios de Registros que controlam a distribuição de falências e concordatas. Não serão aceitas certidões com validade expirada.
- e) Certidão Negativa de Débitos relativos às Contribuições Previdenciárias e as de terceiros;
- f) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por termo de Serviço através da apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;
- g) Certidão Negativa de Débitos Estaduais;
- h) Certidão Negativa de Débitos Municipais;

- i) A proponente deverá apresentar atestado de capacidade técnica, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprove que já prestou serviços pertinentes e compatíveis com o objeto deste edital, totalizando no mínimo 200 (duzentos) usuários. O atestado deverá ser emitido em papel timbrado da concedente, datado e assinado, devendo se referir a serviços já concluídos e executados, mencionando prazo de execução e se os mesmos foram cumpridos nos prazos previstos contratualmente.
- j) A proponente deverá apresentar certificado, emitido pelo CRM (Conselho Regional de Medicina), comprovando sua inscrição naquele órgão como operadora de plano de saúde.
- k) Apresentar comprovante de registro e autorização, expedido pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), de que a proponente esta na condição de ativo como operadora de plano de saúde. A comprovação da condição de ativo será mediante apresentação do número de registro, junto a ANS, de um plano de saúde sugerido pela proponente.
- l) Declaração da de que não possui, em seu quadro de pessoal, empregado (s) menor (es) de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, sovo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do artigo 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal e artigo 27, inciso V, da lei 8666/93.

6.2. Os documentos exigidos para habilitação que não tiverem sua validade explicitada devem ter a data de emissão máxima de 60 (sessenta) dias antecedentes à data de entrega dos envelopes.

6.3. Os documentos acima especificados deverão ser apresentados, em original, ou por qualquer processo de cópia em 1(uma) via, autenticada por Cartório Oficial competente, com exceção dos documentos retirados por meio eletrônico, que serão autenticados mediante a verificação *on line* pela Comissão de Licitação.

6.4. A Comissão de Licitação se reserva no direito, a qualquer tempo, se assim entender necessário, exigir os respectivos originais para conferência daqueles autenticados por Cartório.

6.5. A falta de qualquer dos documentos exigidos para habilitação, acima mencionados, ou a sua apresentação em desacordo com os requisitos previstos neste Edital, acarretará na automática inabilitação da proponente.

7. DA ABERTURA DOS ENVELOPES DE “PROPOSTA DE PREÇOS”

7.1. Na data e horários fixados nos termos do preâmbulo deste edital, desde que julgados os recursos eventualmente interpostos, ocorrerá à abertura dos envelopes de “Proposta de Preços”, cujo conteúdo será rubricado pela Comissão e pelos candidatos presentes, sendo na mesma oportunidade objeto de apreciação por todos os interessados, de tudo lavrando-se Ata.

7.2. Somente serão abertos os envelopes “Proposta de Preços” dos participantes previamente classificados pela Comissão, ficando os relativos aos candidatos desclassificados à sua disposição para retirá-los no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação do resultado, findo o qual serão inutilizados, sem quaisquer formalidades.

7.3. Seguir-se-á por ato interno da Comissão, a elaboração de relatório circunstanciado contendo os fundamentos das eventuais desclassificações e indicação exclusiva quanto aa proposta vencedora da licitação.

8. DA PROPOSTA DE PREÇOS- ENVELOPE Nº 02

8.1. A proposta deverá ser apresentada em 2 (duas) vias, devidamente assinada, redigida na língua oficial deste país e preenchidos os seguintes requisitos:

- a) Estar datilografada ou impressa em papel próprio da Proponente licitante, sem rasura, emenda, ressalvas, entrelinhas e assinada ao seu final por representante legal da Proponente, devidamente identificado;
- b) Indicar o número desta TOMADA DE PREÇOS, seu objeto, bem como a data de sua realização;

8.2. Na proposta deverão ficar perfeitamente definidos e apresentados:

- a) O preço proposto deve compreender todas as despesas concernentes à execução dos serviços, com fornecimento dos materiais e mão-de-obra, bem como encargos sociais, benefícios e despesas indiretas, licenças inerentes à especialidade e tributos e tudo mais necessário à perfeita e cabal execução dos mesmos.
- b) A validade da proposta é de 60 (sessenta) dias, o qual será contado a partir da data da sessão de abertura dos envelopes propostas. Na contagem do prazo excluir-se-á o dia de início e incluir-se-á o dia de vencimento.
- c) As propostas deverão permanecer válidas e em condições de aceitação pelo período mínimo mencionado no subitem anterior. Findo este prazo, ficam os participantes liberados dos compromissos assumidos.
- d) Independentemente de declaração expressa, a simples apresentação da proposta implica em aceitação de todas as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.
- e) Apresentação do valor em moeda corrente (algarismo e moeda corrente) por faixa etária do beneficiário, sendo o máximo apresentado conforme tabela:

UNIFLEX NACIONAL EMPRESARIAL - 43147019		
A+H+Ob ENFERMARIA- 50% Co - part.		
FAIXA ETÁRIA	200 a 300 Benef.	50% Parte Funcionário
00 a 18	100,29	50,14
19 a 23	125,36	62,68
24 a 28	158,46	79,23
29 a 33	187,54	93,77
34 a 38	220,64	110,32
39 a 43	260,75	130,37
44 a 48	302,86	151,43
49 a 53	343,99	171,99
54 a 58	401,16	200,58
59 OU +	515,49	257,74

UNIFLEX ESTADUAL EMPRESARIAL - 435117017		
A+H+Ob ENFERMARIA- 50% Co - part.		
FAIXA ETÁRIA	200 a 300 Benef.	50% Parte Funcionário
00 a 18	80,01	40,05
19 a 23	100,01	50,05
24 a 28	126,41	63,2
29 a 33	149,61	74,8
34 a 38	176,02	88,01
39 a 43	208,02	104,01
44 a 48	241,62	120,81
49 a 53	274,43	137,21
54 a 58	320,04	160,02
59 OU +	411,25	205,62

- f) A Participação em procedimentos ambulatoriais, terá o valor máximo por procedimento de 130,00 (cento e trinta reais).
- g) Valor do serviço será apresentado através de faturas acompanhadas da relação discriminada de sua execução.
- h) A declaração expressa de que o preço proposto está relacionado a um Plano Privado de Assistência à Saúde, na modalidade Pré-Pagamento, de abrangência em todo estado de Santa Catarina, em regime ambulatorial, hospitalar e cobertura obstétrica em acomodação enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais.
- i) A Participação em procedimentos ambulatoriais terá o valor máximo por procedimento de R\$ 120,00 (cento e vinte reais), e se aplicará sobre: consultas médicas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; consultas/sessões: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.
- j) Valor, em moeda corrente (em algarismo e por extenso), para a realização da inscrição e fornecimento do documento de identificação do usuário para utilização do Plano (carteirinha), por usuário, no Plano de Assistência a Saúde, objeto do presente Edital, cujo valor máximo a ser proposto resta estabelecido em R\$ 20,00 (vinte reais). Sobre este valor não incidirá qualquer outra taxa.
- k) Valor, em moeda corrente (em algarismo e por extenso), para a realização e emissão de uma segunda via do documento de identificação do usuário para utilização do Plano (carteirinha), por usuário, no Plano de Assistência a Saúde, objeto do presente Edital, cujo valor máximo a ser proposto resta estabelecido em R\$ 15,00 (extenso). Sobre este valor não incidirá qualquer outra taxa.

8.3. Após a entrega dos envelopes, não serão admitidas sob pretexto algum, modificações ou substituições da proposta ou de qualquer documento.

8.4. Adicionalmente, a proposta deverá conter as seguintes informações:

- a) Declaração indicando a condição de dar atendimento ambulatorial das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, realizadas exclusivamente no Brasil, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas na legislação federal e nas resoluções da ANS – Agência Nacional da Saúde Suplementar.
- b) Declaração formal de que a proponente possui rede conveniada de atendimento em condições de prestar assistência aos usuários do plano e seus dependentes em âmbito nacional.
- c) Deverá contar com rede de atendimento com no mínimo 100 médicos, 10 hospitais, e 8 Laboratórios de análises clínicas nas cidades: Abdon Batista, Água Doce, Brunópolis, Campos Novos, Capinzal, Catanduvas, Celso Ramos, Erval Velho, Herval D'Oeste, Ibicaré, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Monte Carlo, Ouro, Treze Tílias, Vargem, Vargem Bonita e Zortéa, Chapecó, Concórdia e Videira.

8.5. Vícios, erros e/ou omissões, que não impliquem em prejuízo para o Município, poderão ser considerados pela Comissão de Licitação como meramente formais, cabendo a este agir em conformidade com os princípios que regem a Administração Pública.

8.6. Independentemente de declaração expressa, a simples apresentação da proposta implica em submissão a todas as condições estipuladas neste Edital e seus anexos.

9. DO JULGAMENTO

9.1. Para julgamento das Propostas a Comissão de Licitação levará em consideração o MENOR PREÇO, atendidas todas as especificações do presente Edital e anexos e, observará a seguinte fórmula de apreciação das propostas:

9.2. O Proponente que obtiver o menor da proposta será o vencedor.

9.3. Não será considerada qualquer oferta ou vantagem não prevista neste Edital.

9.4. Serão desclassificadas as propostas que não atenderem as exigências deste Edital, bem como aquelas que apresentarem preços excessivos ou manifestamente inexequíveis, conforme dispõe o art. 48 da Lei 8666/93 e suas alterações.

9.5. No caso de absoluta igualdade das propostas, a Comissão convocará todos os licitantes para, em ato público, assistirem o sorteio que definirá a vencedora, para o qual todos os licitantes serão convocados, vedado qualquer outro processo nos termos do §2º do art. 45 da Lei 8666/93.

10. DOS RECURSOS

10.1. Dos atos do Processo Licitatório, decorrentes da aplicação deste Edital, caberão os recursos previstos no artigo 109 da Lei n. 8.666/93, alterada pelas Leis nºs 8.883/94 e 9.648/98.

10.2. O prazo para o recurso previsto na letra "b" do item I, do artigo 109 da Lei nº 8.666/93, alterada pelas Leis nºs 8.883/94 e 9.648/98, correrá a partir da data de publicação do resultado do Julgamento das propostas no Diário Oficial do Estado.

10.3. É vedada a apresentação de mais de um recurso sobre a mesma matéria pelo mesmo participante.

10.4. Interposto o recurso, dele será dada ciência aos candidatos abrangidos, que poderão impugná-lo em 5 (cinco) dias úteis.

10.5. A decisão em grau de recurso será definitiva e dela dar-se-á conhecimento, por escrito, aos interessados.

11. DOS ILÍCITOS PENAIS

11.1 Os ilícitos penais, pertinentes à licitação e ao contrato, serão objeto de Ação Penal, conforme disposições contidas na Lei n. 8987/95 e na Lei n. 8666/93, com suas alterações, sem prejuízo das demais cominações legais.

12. DAS PENALIDADES

12.1. Ocorrendo à inexecução parcial das cláusulas contidas no presente Edital, por parte da CONTRATADA, ficará esta sujeita as seguintes penalidades:

- a) Multa de 0,5% (zero ponto cinco por cento) do valor contratado, por dia de atraso na entrega do objeto/serviço;
- b) Advertência por escrito;
- c) Suspensão do direito de participar em licitações do Município até 02 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, publicada no Diário Oficial, observados os pressupostos legais vigentes.

12.2. As penalidades poderão ser aplicadas simultâneas, combinadas ou separadamente.

12.3. No ato do pagamento, se tiver sido imposta multa, o valor correspondente será deduzido do crédito do fornecedor.

13. DA FORMA DE PAGAMENTO, DO DOCUMENTO FISCAL, DO REAJUSTE E DA REVISÃO:

13.1. O pagamento será realizado em até 15 (quinze) dias contados da execução mensal dos serviços ou entrega dos materiais, mediante a apresentação de documento fiscal, devidamente atestado por Servidor Municipal competente.

13.2. A Nota Fiscal ou outro documento fiscal correlato deverá ser emitido em nome da Unidade requisitante e ter a mesma Razão Social e CNPJ dos documentos apresentados por ocasião da habilitação.

13.3. A proponente vencedora deverá enviar FAX ou email do documento fiscal, imediatamente após a emissão do mesmo, para o Setor de Compras (Fone/Fax: (49) 3524-0333 | E-mail: nfe@aguadoce.sc.gov.br).

13.4. A apresentação do documento fiscal que contrarie essas exigências inviabilizará o pagamento, isentando o Município do ressarcimento de qualquer prejuízo para a proponente vencedora.

13.5. Os preços não serão reajustados.

13.6. O preço registrado poderá ser revisado quando houver alteração de valor, devidamente comprovada, podendo ocorrer de acordo com o art. 65 da Lei 8.666/93 e alterações, mediante requerimento a ser formalizado pela proponente vencedora.

14. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

14.1. As despesas provenientes da execução deste Edital correrão por conta das Dotações Orçamentárias próprias, consignadas nos orçamentos, durante a vigência do presente Contrato, nos termos que segue, de acordo com o Parecer Contábil:

11 – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DE ÁGUA DOCE – SIMA
01 – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DE ÁGUA DOCE – SIMA
2.064 – Manutenção do SIMA – Fundo Municipal de Assistência
3.3.90.00.00.00.00 00.01.0000/1 – Aplicações Diretas

14.2. A estimativa de custos total da presente licitação para o exercício de 2015 é de R\$ 161.735,25 (cento e sessenta e um mil setecentos e trinta e cinco reais e vinte e cinco centavos).

15. DOS PRAZOS

15.1. A presente licitação visa cobrir um período inicial dos últimos 3 (três) meses do exercício de 2015 (outubro, novembro e dezembro), podendo ser prorrogado a partir de 2016 por iguais e sucessivos períodos de até 12 meses com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração, limitada a sessenta meses se for de interesse do Município de Água Doce/SC.

15.2. Prazo para início dos serviços, que não poderá ser superior a 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do contrato.

15.3. Os prazos serão contados em dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto de forma diferente, conforme art. 110 da Lei 8.666/93 e suas alterações;

15.4. Os prazos se iniciam e vencem em dia de expediente normal.

16. DO RECEBIMENTO DO OBJETO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO:

16.1. O objeto será recebido consoante o disposto nos artigos 73 a 76, da Lei 8.666/93 e suas alterações.

16.5. A execução do Contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por pessoas ou Comissão Especial, designadas pelo Prefeito, que anotarão em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução da mesma, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

17. DO PAGAMENTO

17.1. As despesas resultantes da execução do contrato serão pagas de acordo com, independente das utilizações e conforme a proposta de preços apresentada pela Proponente julgada vencedora do TOMADA DE PREÇOS.

17.2. O valor referente à inscrição unitária será pago até o 5º dia útil do mês da inclusão no Plano, mediante a apresentação de fatura, acompanhada da relação dos pedidos de inclusão no mês, originários do contratante, sem incidência de qualquer outro acréscimo.

17.3 - O pagamento dos serviços será efetivado até o dia 15 de cada mês, conforme fatura acompanhada de relação, em meio magnético, que deverá especificar os beneficiários, os serviços unitários prestados, os preços de cada serviço e o valor correspondente às taxas.

17.5. A fatura serão entregues ao SIMA – Fundo Municipal de Assistência de Água Doce, anexo ao prédio da Prefeitura de Água Doce, com 5 dias de antecedência do seu vencimento.

17.6. Na hipótese de atraso de pagamento dos créditos resultantes deste certame licitatório, ao valor dos mesmos será acrescida à taxa de 2% (dois por cento) ao mês ou fração, a título de compensação financeira, desde o dia imediatamente subsequente ao do vencimento até o do seu efetivo pagamento, mais multa de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) ao dia sobre o valor devido no pagamento, caso o mesmo ocorra após o dia 15 (quinze). O juro não será devido quando no dia 15 não houver expediente bancário e desde que o pagamento seja feito no primeiro dia útil seguinte.

17.7. O atraso na entrega da nota fiscal/fatura acarretará o adiamento do prazo de pagamento, na mesma quantidade de dias, não incidindo neste caso qualquer acréscimo nos valores a título de juros, multa ou correção monetária.

18. DO REAJUSTE

18.1. Os valores poderão ser reajustados mediante negociação entre as partes, tendo como parâmetro o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV) ou outro índice que o substitua, acumulado no período de análise do contrato. Contados a cada doze meses, a partir do início da vigência e a avaliação da variação dos custos assistenciais no setor saúde durante o respectivo período.

19. ASSINATURA DO CONTRATO

19.1. O licitante vencedor assinará os contratos, cujas minutas estão no Anexo VIII e IX, dentro do prazo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da notificação da adjudicação.

19.3. Se o licitante vencedor não assinar o contrato no prazo estabelecido, o Município de Água Doce poderá convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para assiná-lo em igual prazo e nas mesmas condições propostas pela vencedora.

19.4. Este Edital e os seus anexos farão parte do contrato a ser celebrado como se nele estivessem transcritos.

20. DA RESCISÃO

20.1. O CONTRATANTE e a CONTRATADA poderão rescindir o contrato a qualquer momento, caso haja inadimplência de quaisquer cláusulas contidas no presente instrumento, sem prejuízo do que se refere as penalidades fixadas no edital

21. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. Uma vez apresentada à proposta de participação a licitante vencedora declara implicitamente a aceitação plena das condições e termos do presente TOMADA DE PREÇO e da sua subordinação a Lei 8.666/93, alterada pelas Leis nºs 8.883/94 e 9.648/98.

21.2. A Comissão de Licitação, no interesse público, poderá relevar omissões puramente formais, desde que não reste infringido o princípio da vinculação ao instrumento convocatório.

21.3. Será lavrada ata circunstanciada do trabalho desenvolvido em ato público de "ABERTURA" de envelopes, que deverá ser obrigatoriamente assinada pelos membros da Comissão e licitantes presentes.

21.4. O SIMA se reserva o direito de autorizar a execução dos serviços no todo ou em parte, bem como revogar ou anular, total ou parcialmente, o procedimento licitatório e rejeitar todas as propostas a qualquer momento antecedendo a assinatura do contrato, por razões de interesse público decorrente de fato superveniente, devidamente comprovado, ou de anulá-lo por ilegalidade, sem que aos licitantes caiba qualquer direito a indenização ou ressarcimento.

21.5. É facultado ao licitante formular protesto, consignado-o nas atas dos trabalhos, para prevenir responsabilidades e prover a conservação ou ressalva de seus direitos.

21.6. Quaisquer dúvidas sobre o presente Edital deverão ser objeto de consulta, por escrito, a Comissão de Licitação, até o segundo dia útil que anteceder a abertura dos envelopes.

21.7. A Comissão de Licitação responderá às consultas que lhe forem formuladas, mediante correspondência aos interessados.

21.8. Nenhuma indenização será devida aos licitantes pela elaboração e/ou apresentação de quaisquer documentos relativos a presente TOMADA DE PREÇO.

21.9. As normas disciplinadoras desta licitação serão interpretadas em favor da ampliação da disputa, respeitada a igualdade de oportunidade entre os licitantes e desde que não comprometam o interesse público, a finalidade e a segurança da contratação.

21.10. Caberá ao Presidente do SIMA, revogar, anular ou homologar esta Licitação, nos termos do artigo 49 da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

21.11. Decairá do direito de impugnar os termos do presente Edital, o licitante que não o fizer até o 2º (segundo) dia útil que anteceder a abertura dos envelopes. Após este prazo a comunicação que venha a apontar falhas ou irregularidades que o viciaria, não terá efeito de recurso.

21.12. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão de Licitações, com observância da legislação regedora, em especial a Lei nº 8.666/93; Lei nº 10.520/02; Lei Complementar nº 123/06 e os Decretos Municipais nº 921/2007 e 918/2008.

21.13. No interesse do SIMA, e sem que caiba às participantes qualquer reclamação ou indenização, poderá ser adiada a abertura da licitação ou alteradas as condições do Edital, obedecido o disposto no parágrafo 4º do artigo 21 da Lei nº 8.666/93.

21.14. Informações fornecidas verbalmente por elementos pertencentes à Administração Municipal não serão consideradas como motivos para impugnações.

21.15. Integram o presente Edital as Especificações/Observações/Modelo da Proposta/Valor de Referência.

21.16. O presente Edital e seus Anexos poderão ser alterados, pela Administração Licitante, antes de aberta a licitação, no interesse público, por sua iniciativa ou decorrente de provocação de terceiros, atendido o que estabelece o artigo 21, parágrafo 4º da Lei nº 8.666/93, bem como adiar ou prorrogar o prazo para recebimento e/ou abertura das Propostas e Documentos de Habilitação;

21.17. Até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para recebimento das propostas, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório do pregão, através de documento formal e endereçado ao Presidente da Comissão de Licitações da Prefeitura de Água Doce;

16.8.1. Caberá a Presidente da Comissão de Licitação decidir sobre a petição no prazo de vinte e quatro horas. Acolhida a petição contra o ato convocatório, será designada nova data para a realização do certame.

21.18. Para dirimir as questões decorrentes do presente processo licitatório fica eleito o Foro da Comarca de Joaçaba (SC), por mais privilegiado que outro possa ser.

Água Doce/SC, 18 de setembro de 2015.

SIMA – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DE ÁGUA DOCE

Elias Vieceli

Presidente

PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015

ANEXO I
ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

1. Contratação de Plano de Assistência à Saúde, exceto serviços odontológicos, para os servidores ativos e inativos - do Município de Água Doce e seus dependentes, inscritos no Plano de Saúde com cobertura em todo estado de Santa Catarina e Nacional, com direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

1.1. Quanto às condições de cobertura do Plano de Assistência à Saúde serão observados os seguintes itens:

1.1.1. Assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

1.1.2. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

1.1.3. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.4. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada;

1.1.5. Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.6. Cobertura de consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

1.1.7. Sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

1.1.8. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada;

1.1.9. Ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:

- a) planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
- b) concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- c) anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
- d) atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
- e) aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
- f) atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

1.1.10. Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
- c) Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.11. Participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.12. Atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

- a) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;
- b) Internação psiquiátrica: custeio integral de até 30 (trinta) dias por ano de contrato, não cumulativos, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de coparticipação. Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) Hospital-dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) A cobertura em hospital-dia para transtornos mentais será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

1.1.13. Todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

1.1.14. Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

1.1.15. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

1.1.16. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

1.1.17. Exames complementares indispensáveis ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

1.1.18. Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:

- a) A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);
- b) É de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

- c) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- d) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora;

1.1.19. Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

- a) Entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
- b) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

1.1.20. Estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;

1.1.21. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;

1.1.22. Quando se tratar de criança ou adolescente menores de 18 (dezoito) anos, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

1.1.23. Conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, quando se tratar de idosos a partir do 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

1.1.24. As cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

1.1.25. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:

- a) Inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação,

utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;

- b) A necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

1.1.26. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica

1.1.27. Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- c) Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de
- g) Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- h) Embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- i) Radiologia intervencionista;
- j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- l) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;

1.1.28. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

1.1.29. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.30. Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou

tutela, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a o prazo de carência máxima de 180, vedada alegação de doença ou lesão preexistente.

- b) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho parto, parto e pós-parto imediato (paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes;

1.1.31. Transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

1.1.31.1. Nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados — entendidos estes como os necessários à realização do transplante —, incluindo: a. despesas assistenciais com doadores vivos;

- a) Medicamentos utilizados durante a internação;
- b) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- c) Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

1.1.31.2. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

1.1.32. Transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.33. Transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

2. A modalidade de prestação dos serviços de assistência à saúde será de Valor Determinado (pré-pagamento).

3. Quanto ao local de atendimento: O Plano de Assistência à Saúde, objeto desta licitação, deverá ter abrangência em todo estado de Santa Catarina.

**PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015**

ANEXO II

**MODELO DA DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO DE
MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

_____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr.(a.) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, e regularmente inscrito no CPF sob o nº _____, DECLARA, sob as sanções administrativas cabíveis e sob as penas da lei, que esta empresa, na presente data, é considerada:

() MICROEMPRESA, conforme inciso I do art. 3.º da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006.

() EMPRESA DE PEQUENO PORTE, conforme inciso II do art. 3.º da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006.

Declara ainda que a empresa está excluída das vedações constantes do § 4º do art. 3.º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

_____, ____ de _____ de 2015.

(assinatura do responsável pela empresa)

OBSERVAÇÃO:

Assinalar com um "X" a condição da empresa.

**PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015**

**ANEXO III
MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO**

Através da presente, credenciamos o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade n.º _____ e regularmente inscrito no CPF sob o nº _____, a participar do Processo de Licitação nº ____/2015, instaurado pelo SIMA – Fundo Municipal de Assistência de Água Doce – SC, na modalidade Tomada de Preço nº ____/2015, na qualidade de REPRESENTANTE LEGAL, outorgando-lhe poderes para pronunciar-se em nome da empresa _____, **bem como formular propostas verbais, recorrer, assinar declarações relativas ao processo em questão e praticar todos os demais atos inerentes ao certame.**

_____, em ____ de _____ 2015.

Carimbo e Assinatura do Credenciante

**PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015**

**ANEXO IV
MODELO DE INEXISTÊNCIA DE SUPERVENIÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO**

Declaramos para os fins de direito, na qualidade de PROPONENTE da licitação instaurada pelo SIMA – Fundo Municipal de Assistência de Água Doce – SC, na modalidade Tomada de Preço, conforme Edital de Licitação nº ____/2015, que não fomos declarados inidôneos para licitar com o Poder Público, em quaisquer de suas esferas, bem como afirmamos a inexistência de superveniência de fato impeditivo para nossa habilitação neste certame.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

....., em, de de 2015.

**PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015**

**ANEXO V
MODELO DE DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENORES**

Declaramos para todos os fins de direito, na qualidade de PROPONENTE da Licitação instaurada pelo SIMA – Fundo Municipal de Assistência de Água Doce – SC, na modalidade TOMADA DE PREÇO, conforme Edital de Licitação nº ____/2015, que nos comprometemos a obedecer ao inciso V do Artigo 27 da Lei Federal 8.666/93 e alterações (cumprimento do Art. 7º no inciso XXXIII da Constituição Federal/88) – introduzido pela Lei nº 9854/99 “Proibição do trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de 18 anos e qualquer trabalho a menores de 14 anos, salvo na condição de aprendiz”.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

....., em de de 2015.

**PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015**

**ANEXO VI
MODELO DE PROPOSTA**

_____(nome por extenso da Proponente)_____, inscrita no CNPJ n. _____, com sede na _____(endereço completo)_____, neste ato representado pelo(a) Sr.(a) _____, já devidamente credenciado, vêm apresentar perante à Comissão Permanente de Licitações, em face do disposto no item 9.2 do Edital de Licitação da Tomada de Preços n. _____, a seguinte PROPOSTA DE PREÇOS e para tanto afirma:

I. Declaramos que o preço proposto está relacionado a um Plano de Assistência à Saúde de caráter Estadual e Nacional, na modalidade Pré-Pagamento, de abrangência em todo estado de Santa Catarina e Nacional, em regime ambulatorial, hospitalar e cobertura obstétrica em acomodação enfermagem, com participação em procedimentos ambulatoriais.

TABELA DE PREÇO / COM VARIAÇÃO DE FAIXA ETARIA

Nacional

Faixa Etária	Valores	Varição de faixa
00 a 18		
19 a 23		
24 a 28		
29 a 33		
34 a 38		
39 a 43		
44 a 48		
49 a 53		
54 a 58		
59 ou +		

Estadual

Faixa Etária	Valores	Varição de faixa
00 a 18		
19 a 23		
24 a 28		
29 a 33		
34 a 38		
39 a 43		
44 a 48		
49 a 53		
54 a 58		
59 ou +		

II. A inscrição dos beneficiários no Plano de Assistência a Saúde, pela qual o beneficiário receberá documento de identificação de beneficiário (carteirinha), corresponderá a R\$ _____(valor por extenso), sobre o qual não incidirá nenhuma outra taxa. A emissão de segunda via de documento de identificação (carteirinha) corresponderá a R\$ _____ (valor por extenso).

III. A Participação em procedimentos ambulatoriais, terá o valor máximo por procedimento de R\$ _____ (extenso), e se aplicará sobre:

- Consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- Exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- Consultas/sessões: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

IV. Está Proposta de Preços tem validade de 60 (sessenta) dias corridos, contados da data da abertura da licitação.

V. Afirmamos que o preço proposto compreende todas as despesas concernentes à execução dos serviços, com fornecimento dos materiais e mão de obra, bem como encargos sociais, benefícios e despesas indiretas, licenças inerentes à especialidade e tributos e tudo mais necessário à perfeita e cabal execução dos mesmos.

Esta Proposta de Preços contém ____ pagina(s).

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura representante legal

**PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015**

**ANEXO VII
MODELO DA DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

DECLARAMOS para fins de participação no Processo de Licitação nº ____/2015 – Tomada de Preço nº ____/2015 do SIMA – Fundo Municipal de Assistência de Água Doce, que _____, regularmente inscrito (a) no CNPJ/CPF sob o nº _____, atende plenamente os requisitos necessários à habilitação, possuindo toda a documentação comprobatória exigida no item 6 do edital convocatório.

_____, em ____ de _____ 2015.

Carimbo e Assinatura do Credenciante

PROCESSO DE LICITATÓRIO Nº 1/2015
EDITAL DE TOMADA DE PREÇO Nº 1/2015

ANEXO VIII
MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL Nº. _____
UNIFLEX ESTADUAL COPARTICIPAÇÃO 50%
PLANO REFERÊNCIA - ACOMODAÇÃO COLETIVA

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social:
CNPJ:
Classificação:
Endereço:
Bairro:

b) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____
CNPJ: _____
Endereço: _____
Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____

c) NOME COMERCIAL DO PLANO:

Nº DO REGISTRO NA ANS:

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Plano-Referência previsto na Lei 9656/98, que abrange as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação coletiva.

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência geográfica do presente contrato é estadual, compreende todos os municípios do Estado de Santa Catarina.

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do presente contrato se limita a um único estado: Santa Catarina.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A internação se dará em quarto coletivo.

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

i) FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O Plano coletivo empresarial se destina as peçoas jurídicas que mantém vínculo empregatício ou estatutário com o beneficiário titular.

Parágrafo Primeiro. Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

- a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
 - Cópia do: contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
- b) **Apresentar:**
 - a relação dos funcionários inscritos no FGTS;
- c) **Preencher e assinar:**

- Contrato e Proposta de Contratação;
- d) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 10 (dez) beneficiários.

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, quaisquer alterações dos dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras). O CONTRATANTE também fica obrigado a fornecer a qualquer momento informações para, atualizar ou complementar os dados junto a CONTRATADA, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor, **incluindo do CPF dos dependentes inscritos no plano, cuja informação se torna obrigatória a partir dos 18 (dezoito) anos.**

Parágrafo Quinto. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

- **Entende-se como relação empregatícia ou estatutária** os empregados/funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:

- a) sócios da pessoa jurídica contratante;
- b) administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) trabalhadores temporários;
- d) estagiários e menores aprendizes;
- e) demitidos e aposentados conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- f) quando o plano for contratado na forma da Lei 8.666/93, a pessoa jurídica contratante poderá inscrever:
 - os aposentados a ela vinculados
 - os agentes políticos;

Parágrafo Primeiro. Também poderão ser inscritos os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

- a) o cônjuge;
- b) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- d) os enteados solteiros até 24 anos incompletos;
- e) a criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- f) incapazes a partir de 24 anos: filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular.

Parágrafo Segundo. O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano.

Parágrafo Terceiro. É assegurada a inscrição de recém nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
2. Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
3. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;
4. Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
5. Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
6. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
7. Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;
8. Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

Parágrafo Quarto. Também é assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;
2. **Filho adotivo e sob guarda ou tutelado:** com aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;
3. **Reconhecimento da paternidade:** com aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;
4. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula
5. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
6. Seja apresentada a certidão de nascimento, termo de guarda ou tutela, ou sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
7. Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento.

Parágrafo Quinto. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo(a) CONTRATANTE a CONTRATADA.

Parágrafo Sexto. A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

1) Preencher e assinar:

- Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;
- Carta de Orientação ao Beneficiário;
- Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);
- O Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

2) Apresentar:

TITULAR:

- Cópia do CPF, CNS, RG ou RIC;

- **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Abaixo exemplos de comprovante de residência:
 - Conta de água, luz ou telefone
 - Contrato de Locação
 - Declaração de endereço
- **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**
 - a) **Funcionários:**
 - Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
 - Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa; ou
 - Contra cheque, folha de pagamento.
 - b) **Temporário, estagiário ou menor aprendiz:**
 - Contrato de Trabalho; ou
 - Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro).
 - c) **Sócios:**
 - Contrato Social
 - d) **Administradores:**
 - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;
 - e) **Agente Político**
 - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

DEPENDENTES:

- **Esposa:** Cópia CPF, CNS, RG ou RIC e Certidão de Casamento;
- **Companheira:** Cópia CPF, CNS, RG ou RIC e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
- **Filhos menores de 18 anos:** Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
- **Filhos a partir de 18 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG ou RIC;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos menores de 18 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;
- **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos a partir dos 18 anos e Termo de Curatela.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitados os limites de carência

estabelecidos neste contrato, área de abrangência e atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas. E incluirá:

- 1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 3) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 4) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;
- 5) cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 6) cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**
- 7) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**
- 8) ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
 - a) **planejamento familiar:** conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
 - b) **concepção:** fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
 - c) **anticoncepção:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
 - d) **atividades educacionais:** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos

necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

- e) **aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
 - f) **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.
- 9) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
 - c) medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - d) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
 - e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
 - f) hemoterapia ambulatorial;
 - g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 10) participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 11) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

- a) a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;
- b) internação psiquiátrica: custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência, contados da data de adesão do beneficiário ao plano, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da Contratada;
- ✓ ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de coparticipação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;
 - ✓ Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- c) **hospital-dia para transtornos mentais** é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- d) a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**
- 12) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
- 13) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;
- 14) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- 15) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- 16) exames complementares indispensáveis ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 17) órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;
- a) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

- b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
 - c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.
- 18) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
 - b) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) **não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.
- 19) estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;
- 20) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 21) é assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contra-indicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.
- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
 - c) pessoas portadoras de deficiências.
- 22) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 23) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:

- a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
 - b) a necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- 24) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência. Remoção e Reembolso;
- 25) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar **e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:**
- a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
 - c) medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - d) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
 - e) hemoterapia;
 - f) nutrição parenteral ou enteral;
 - g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - h) embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - i) radiologia intervencionista;
 - j) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

- k) procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - l) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
- 26) cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
- 27) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 28) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
 - b) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contra-indicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;
 - ✓ entende-se como pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;
- 29) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:
- I. **nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:**
 - a. **despesas assistenciais com doadores vivos;**
 - b. **medicamentos utilizados durante a internação;**
 - c. **acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;**
 - d. **despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).**
 - II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.
- 30) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

- 31) transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:
 - ✓ empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - ✓ são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
 - ✓ cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.
- e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas), com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso;
- h) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC;
- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet (www.anvisa.gov.br);
- k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- l) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- n) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

- o) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
- p) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;
- q) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);
- r) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
- s) remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
- t) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- u) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
- v) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor a título de renovação.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo

relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:

	CARÊNCIAS
• Urgência e Emergência	24 horas
• Consultas médicas	30 dias
• Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
• Consultas/sessões de Fisioterapia	90 dias
• Parto a Termo	300 dias
• Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
• Todos as demais coberturas	180 dias

Parágrafo Primeiro. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

Parágrafo Segundo. O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém-nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Quarto. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

Parágrafo Quinto. Quando se tratar de beneficiário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA em pré-pagamento, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

Parágrafo Sexto. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

a. Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
b. Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos e menores de 12 anos: tutelados, sob guarda, adotados e com reconhecimento de paternidade, inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes na data da contratação do plano ou inscrição de dependente(s).

Parágrafo Quarto. No preenchimento da declaração de saúde, os beneficiários titulares e dependentes devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da contratação do plano de saúde e na inscrição de dependentes. Assegurado o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

Parágrafo Quinto. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

Parágrafo Sexto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma perícia médica com um profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Oitavo. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária.

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Parágrafo Décimo. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Décimo Primeiro. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

Parágrafo Décimo Segundo. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo Décimo Terceiro. A CONTRATADA irá comunicar ao beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo Décimo Quarto. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Décimo Quinto. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e o(a) CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

O atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso observará as condições abaixo e atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

I – Atendimento de urgência e emergência:

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo Primeiro. Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente, conforme o caso), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Segundo. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção nas condições previstas no inciso abaixo.

II – Remoção:

A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas situações abaixo descritas, em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Primeiro. Após atendimentos classificados como urgência ou emergência a CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

1. se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento**, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e
2. quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Segundo. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Terceiro. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Quarto. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências para internação hospitalar, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

1) **Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:**

- a) De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- b) De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- c) De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.
- d) **De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido**, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

2) **Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:**

- a) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.**
- b) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano**, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

Parágrafo Quinto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

III - Reembolso:

Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para atendimento, os beneficiários inscritos pelo(a) CONTRATANTE terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovados:

Parágrafo Primeiro. Reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9656/98 em caso de atendimento de urgência e emergência:

- a) Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.

- b) O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Parágrafo Segundo. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259 ou outra norma que venha a substituí-la, para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:

- a) Atendimento de urgência ou emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.
- b) Atendimento eletivo em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:
1. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;
 2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;
 3. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

Parágrafo Terceiro. O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

Parágrafo Quarto. A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

Parágrafo Quinto. A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (*cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento*). Necessário apresentar também:

- a) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
- b) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

Parágrafo Sexto. A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual **reembolso do valor devido**, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados. Observando ainda, as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

I. Coparticipação

É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes.

Parágrafo Primeiro. Os atendimentos serão realizados mediante coparticipação de 50% (cinquenta por cento) do custo dos serviços abaixo listados, limitados a um valor máximo de R\$ 130,00 (Cento e trinta reais) por serviço realizado:

- a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- c) consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.
- d) Terapia antineoplásica oral de uso domiciliar e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico. A incidência da coparticipação será por cada medicamento solicitado e fornecido.

Parágrafo Segundo. Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e/ou medicamentos, não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

Parágrafo Terceiro. Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante coparticipação, equivalente a R\$ 26,00 (Vinte seis reais) por diária efetivamente realizada, estando esta limitada ao valor máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor total da conta.

Parágrafo Quarto. Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

Parágrafo Quinto. Os valores apurados a títulos de coparticipação serão cobrados com a mensalidade do plano de saúde.

Parágrafo Sexto. A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação sujeitará o CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

II. Cartão De Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o

gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Antes da primeira utilização do cartão, inclusive nas renovações, este deverá ser desbloqueado pelo beneficiário titular do plano, conforme orientações constantes na etiqueta do cartão.

Parágrafo Segundo. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo Terceiro. Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados serão prestados na forma abaixo descrita e a autorização prévia ocorrerá de forma a viabilizar o cumprimento dos prazos de atendimentos estabelecidos em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data da solicitação.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados nacionalizados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

Parágrafo Terceiro. O atendimento e autorização observará:

- I. **Consultas Médicas:** Os beneficiários são atendidos no consultório, dos **médicos cooperados**, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;
- II. **Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista:** são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;
- III. **Sessões de psicoterapia:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA,

respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

- IV. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento. Em caso de divergência médica, será aplicado mecanismo de junta médica acima previsto;
- V. **Os exames complementares e serviços auxiliares:** devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;
- VI. **Cirurgia buco-maxilo-facial:** é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
- VII. **Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso:** o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.
- VIII. **Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para tratamento de artrite reumatoide:** a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

Parágrafo Quarto. As regras acima não se aplicam ao serviço de urgência ou emergência, estando assegurada liberação imediata dos procedimentos.

Parágrafo Quinto. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Sexto. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização (**Vencedora do certame**), munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Sétimo. Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá comunicar à CONTRATADA, através do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, para o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

- a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;
- b) A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento pelo beneficiário ou responsável à CONTRATADA.

Parágrafo Oitavo. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo Nono. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no site (VENCEDORA DO CERTAME), **sob a indicação de Rede _____**. **O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”.**

Parágrafo Décimo. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: (SITE DO VENCEDORA DO CERTAME) e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

Parágrafo Décimo Primeiro. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- II. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- III. Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.
- V. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.

CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

Parágrafo Primeiro. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, ressalvados os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado, conforme artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 que deverão adotar o valor integral estabelecido na tabela de preços/custos com 10 (dez) faixas etárias quando o contrato de ativos adotar o critério de aglutinação de faixas etárias com preço único ou inferior a 10 (dez) faixa etárias ou houver participação do empregador no custeio do plano.

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito:

- a) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na Proposta de Contratação; e
- b) as coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo Terceiro. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o quinto dia útil de cada mês.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quinto. O valor da coparticipação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias previstas sobre a tabela de referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura, que considerará os custos dos serviços executados.

Parágrafo Sexto. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar a CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Sétimo. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Parágrafo Oitavo. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

Parágrafo Nono. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas e das coparticipações relativos aos atendimentos realizados.

Parágrafo Décimo. A CONTRATADA reserva-se o direito de realizar a cobrança em decorrência de coparticipação em até 60 dias após o recebimento da cobrança relativa ao serviço realizado.

Parágrafo Décimo Primeiro. Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

- a) O critério adotado para definição de preço único ou para aglutinação inferior a 10 faixas etárias tem como base o cálculo da receita média per capita do intervalo de faixas a serem unificadas. Sobre a receita per capita calculada há também um acréscimo de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) para cada faixa etária aglutinada, a

título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudança de faixas etárias que ocorreriam anualmente.

- b) O cálculo da receita média per capita das faixas que serão aglutinadas é realizado através da média simples, obtida da seguinte forma: soma-se o valor da mensalidade de cada um dos beneficiários a serem inscritos nas faixas etárias que serão unificadas, obtendo a receita total desse grupo, que é dividida pelo número total de beneficiários dessas faixas.
- c) A participação do empregador no custeio do plano de saúde se dará conforme descrito na Proposta de Contratação, campo rateio de custos.

CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE

Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme parâmetros abaixo:

I. Contrato com 30 (trinta) ou mais beneficiários:

- a) Reajuste conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do(s) contrato(s) da Contratante atinja patamar superior a 70% (setenta por cento).
- b) A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:
 - Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
 - Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.
- c) O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao período de aplicação do reajuste do contrato.

II. Contrato com menos de 30 (trinta) beneficiários:

- a) Quando o número de beneficiários do contrato for inferior a 30 (trinta), o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com menos de 30 (trinta) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:
 - Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
 - Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.
- b) O índice de reajuste para contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários será em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, somado ao

Índice de Reajuste Técnico - IRT, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a 70% (setenta por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

- O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do agrupamento.
- O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$IRT\% = \left(\frac{SIN}{70\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

SIN: é a sinistralidade ou índice de utilização do agrupamento de contratos em percentual.

A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

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

- Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de 70% (setenta por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, (IRT% +IGPM).
- c) A CONTRATADA divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.
- III. Contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados (demitidos ou aposentados):
- a) Quando se tratar de contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o índice de reajuste será apurado considerando a sinistralidade (nos termos do inciso I) somada a variação do índice previsto, em todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados de forma unificada. Não se aplica o disposto no inciso II.
 - b) O percentual de reajuste aplicado à carteira de ex-empregados será divulgado pela CONTRATADA em seu Portal Corporativo na Internet em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

Parágrafo Primeiro. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

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

Parágrafo Terceiro. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 A 18	
19 A 23	
24 A 28	
29 A 33	
34 A 38	
39 A 43	
44 A 48	
49 A 53	
54 A 58	
59 ou +	

Parágrafo Único. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-EMPREGADOS

No caso de **rescisão** ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentado do titular, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa.
 - Entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Não é considerada contribuição à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e nem os valores pagos relativos a mensalidade do plano de saúde dos dependentes e agregados;
- b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;

- c) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da comunicação do direito ao benefício, que deverá ser formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;
- d) encaminhe o formulário com a opção de manutenção do plano devidamente preenchido e assinado;
- e) a partir da opção de manutenção do plano, na condição de ex-empregado, assuma o pagamento integral da mensalidade por faixa etária, coparticipação e incluindo, quando houver, os valores relativos ao agravo, decorrente de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Primeiro. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações. É permitido ao empregador subsidiar o plano ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários que se encontram em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), na data da rescisão do contrato de trabalho, cumprirão o período restante, contado a partir da data da sua inscrição na condição de ex-empregado.

Parágrafo Terceiro. O tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde na condição de ex-empregado será de:

Para os demitidos ou exonerados sem justa causa:

- um terço do tempo de contribuição nos planos de saúde em pré-pagamento, contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

a) Para os aposentados com rescisão do contrato de trabalho:

- se tiver contribuído por 10 (dez) anos ou mais nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: de forma vitalícia.
- se tiver contribuído por menos de 10 (dez) anos nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Quarto. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a ser demitido é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998. O direito a manutenção do plano será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador. O direito de manutenção também é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo Quinto. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular desde que atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Sexto. No período de manutenção da condição de beneficiário, somente poderão ser incluídos novo cônjuge e novos filhos do ex-empregado.

Parágrafo Sétimo. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Oitavo. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos neste plano.

Parágrafo Nono. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

- a) pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido;
- b) em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE para empregados ativos e ex-empregados.

Parágrafo Décimo. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

II - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA **disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar**, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- b) perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para funcionários demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;
- c) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;
- d) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;
- f) se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, **desde que o beneficiário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o**

qüinquagésimo dia de inadimplência, implicará na suspensão do atendimento ou na exclusão, do beneficiário e dependente em atraso, a critério da CONTRATADA;

Parágrafo Primeiro. Também serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com o(a) CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários dependentes inscritos no plano conforme cláusula de Condições de Admissão, que perderem a condição de dependência, poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, descontadas os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumprida neste contrato.

Parágrafo Quarto. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de ex-empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, que deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

Parágrafo Quinto. O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento dos valores devidos, relativos a mensalidades e coparticipação, superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

Imotivadamente – Somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:

1. por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito de 60 (sessenta) dias.

Motivadamente – A qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:

1. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
2. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
3. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
4. se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá ao (à) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quarto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensa, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao(à) CONTRATANTE.

Parágrafo Quinto. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do(a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Único. A CONTRATADA comunicará à CONTRATANTE, eventuais alterações publicadas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que modifiquem o instrumento jurídico originalmente firmado e se aplicam automaticamente aos contratos vigentes, sem determinação de formalização de aditamento contratual por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

II – INDICAÇÃO DE REDE EM FUNÇÃO DA LIMITAÇÃO DE RECURSOS REGIONAIS

Em razão das limitações de recursos estaduais, o procedimento abaixo relacionado será realizado exclusiva e necessariamente nos prestadores de serviços abaixo. A indicação dos prestadores não amplia a área de abrangência geográfica definida no contrato:

Transplante de Medula Óssea: Alogênico e Autólogo

- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Av. Professor Annes Dias, 295, Centro Porto Alegre/RS
(51) 3214-8297 / (51) 3214-8526
- Hospital Erasto Gaertner
Rua Dr. Ovande do Amaral 201, Jardim das Américas Curitiba/PR
(41) 3361-5000

III - SIGILO MÉDICO

Compromete-se o(a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

IV – RECLAMAÇÕES

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas à CONTRATADA, através dos canais de comunicação SAC ou Ouvidoria, informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s), ou ainda, serem remetidas por meio de correspondência.

CLÁUSULA 18ª - FORO

Fica eleito o foro da Comarca do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

....., de de

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

1 - _____

Nome:

CPF:

2 - _____

Nome:

CPF:

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE	27
CLÁUSULA 2ª - ATRIBUTOS DO CONTRATO	28
CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	28
CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	31
CLÁUSULA 5ª - EXCLUSÃO DE COBERTURA	38
CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO	39
CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA	39
CLÁUSULA 8ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	40
CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO	42
CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	46
CLÁUSULA 11ª - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	49
CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE	51
CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA	53
CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS	53
CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	55
CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL	56
CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS	57
CLÁUSULA 18ª - FORO	58

**ANEXO IX
MINUTA DE CONTRATO**

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL N°. _____
UNIFLEX NACIONAL – COPARTICIPAÇÃO 50%
PLANO REFERÊNCIA - ACOMODAÇÃO COLETIVA**

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Classificação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

b) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

c) NOME COMERCIAL DO PLANO:

Nº DO REGISTRO NA ANS:

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Plano-Referência previsto na Lei 9656/98, que abrange as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação coletiva.

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência geográfica do presente contrato é nacional, compreendendo todo território nacional.

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do presente contrato é todo o território nacional.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A internação se dará em quarto coletivo.

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer

qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

i) FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O Plano coletivo empresarial se destina as peessoas jurídicas que mantém vínculo empregatício ou estatutário com o beneficiário titular.

Parágrafo Primeiro. Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

- e) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
 - Cópia do: contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
- f) **Apresentar:**
 - a relação dos funcionários inscritos no FGTS;
- g) **Preencher e assinar:**
 - Contrato e Proposta de Contratação;
- h) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 10 (dez) beneficiários.

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, quaisquer alterações dos dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras). O CONTRATANTE também fica obrigado a fornecer a qualquer momento informações para, atualizar ou complementar os dados junto a CONTRATADA, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor, **incluindo do CPF dos dependentes inscritos no plano, cuja informação se torna obrigatória a partir dos 18 (dezoito) anos.**

Parágrafo Quinto. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

- Entende-se como relação empregatícia ou estatutária os empregados/funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:

- g) sócios da pessoa jurídica contratante;
- h) administradores da pessoa jurídica contratante;
- i) trabalhadores temporários;
- j) estagiários e menores aprendizes;
- k) demitidos e aposentados conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- l) quando o plano for contratado na forma da Lei 8.666/93, a pessoa jurídica contratante poderá inscrever:
 - os aposentados a ela vinculados
 - os agentes políticos;

Parágrafo Primeiro. Também poderão ser inscritos os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

- a) o cônjuge;
- b) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- d) os enteados solteiros até 24 anos incompletos;
- e) a criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- f) incapazes a partir de 24 anos: filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular.

Parágrafo Segundo. O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano.

Parágrafo Terceiro. É assegurada a inscrição de recém nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do

titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

9. Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
10. Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
11. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;
12. Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
13. Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
14. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
15. Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;
16. Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

Parágrafo Quarto. Também é assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;
2. **Filho adotivo e sob guarda ou tutelado:** com aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;
3. **Reconhecimento da paternidade:** com aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;
4. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula
5. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
6. Seja apresentada a certidão de nascimento, termo de guarda ou tutela, ou sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
7. Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento.

Parágrafo Quinto. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo(a) CONTRATANTE a CONTRATADA.

Parágrafo Sexto. A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

3) Preencher e assinar:

- Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;
- Carta de Orientação ao Beneficiário;
- Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);
- O Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

4) Apresentar:

TITULAR:

- **Cópia** do CPF, CNS, RG ou RIC;
- **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Abaixo exemplos de comprovante de residência:
 - Conta de água, luz ou telefone

- Contrato de Locação
- Declaração de endereço
- **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**
 - f) Funcionários:**
 - Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
 - Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa; ou
 - Contra cheque, folha de pagamento.
 - g) Temporário, estagiário ou menor aprendiz:**
 - Contrato de Trabalho; ou
 - Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro).
 - h) Sócios:**
 - Contrato Social
 - i) Administradores:**
 - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;
 - j) Agente Político**
 - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

DEPENDENTES:

- **Esposa:** Cópia CPF, CNS, RG ou RIC e Certidão de Casamento;
- **Companheira:** Cópia CPF, CNS, RG ou RIC e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
- **Filhos menores de 18 anos:** Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
- **Filhos a partir de 18 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG ou RIC;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos menores de 18 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;
- **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos a partir dos 18 anos e Termo de Curatela.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitados os limites de carência estabelecidos neste contrato, área de abrangência e atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas. E incluirá:

- 11) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- 12) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 13) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 14) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;
- 15) cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 16) cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**
- 17) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;**
- 18) ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
 - g) **planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
 - h) **concepção**: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
 - i) **anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
 - j) **atividades educacionais**: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou

individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

- k) **aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
 - l) **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.
- 19) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- h) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
 - i) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
 - j) medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - k) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
 - l) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
 - m) hemoterapia ambulatorial;
 - n) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 20) participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 32) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
- e) a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver

indicação do médico assistente;

- f) internação psiquiátrica: custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência, contados da data de adesão do beneficiário ao plano, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da Contratada;

- ✓ ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de coparticipação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;
- ✓ Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

- g) **hospital-dia para transtornos mentais** é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

- h) a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

- 33) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

- 34) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

- 35) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

- 36) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

- 37) exames complementares indispensáveis ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

- 38) órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;

- d) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

- e) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar

cl clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (tres) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponiveis, dentre aquelas regularizadas junto  a ANVISA, que atendam  as características especificadas; e

- f) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.
- 39) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente  época do evento;
- c) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
- d) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) **não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência  saúde.
- 40) estão cobertos os exames pré e ps-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente  época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;
- 41) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 42)  assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contraindicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.
- a) criançs e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
- c) pessoas portadoras de deficiências.
- 43) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente  época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, rteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 44) cobertura da estrutura hospitalar necessária  realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente  época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas **que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar**:
- c) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgo-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação,

utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;

- d) a necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- 45) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 46) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar **e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:**
- a. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
 - b. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
 - c. medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - d. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
 - e. hemoterapia;
 - f. nutrição parenteral ou enteral;
 - g. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - h. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - i. radiologia intervencionista;
 - j. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

- I. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
- 47) cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
- 48) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 49) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
- c) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
- d) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contra-indicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;
- ✓ entende-se como pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;
- 50) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:
- III. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:**
- e. despesas assistenciais com doadores vivos;**
- f. medicamentos utilizados durante a internação;**
- g. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;**
- h. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).**
- IV. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.
- 51) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 52) transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela

ANS.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

- w) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:
 - ✓ empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - ✓ são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
 - ✓ cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).
- x) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- y) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- z) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.
- aa) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- bb) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- cc) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas), com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso;
- dd) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC;
- ee) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- ff) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet (www.anvisa.gov.br);
- gg) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- hh) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- ii) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- jj) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- kk) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;

- II) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;
- mm) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);
- nn) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
- oo) remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
- pp) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- qq) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
- rr) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor, a título de renovação.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:

CARÊNCIAS

• Urgência e Emergência	24 horas
• Consultas médicas	30 dias
• Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia	30 dias
• Consultas/sessões de Fisioterapia	90 dias
• Parto a Termo	300 dias
• Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
• Todos as demais coberturas	180 dias

Parágrafo Primeiro. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

Parágrafo Segundo. O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém-nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Quarto. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

Parágrafo Quinto. Quando se tratar de beneficiário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA em pré-pagamento, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

Parágrafo Sexto. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

- a. Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
- b. Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou

2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos e menores de 12 anos: tutelados, sob guarda, adotados e com reconhecimento de paternidade, inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes na data da contratação do plano ou inscrição de dependente(s).

Parágrafo Quarto. No preenchimento da declaração de saúde, os beneficiários titulares e dependentes devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da contratação do plano de saúde e na inscrição de dependentes. Assegurado o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

Parágrafo Quinto. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

Parágrafo Sexto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma perícia médica com um profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Oitavo. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária.

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24

(vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Parágrafo Décimo. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Décimo Primeiro. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

Parágrafo Décimo Segundo. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo Décimo Terceiro. A CONTRATADA irá comunicar ao beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo Décimo Quarto. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Décimo Quinto. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e o(a) CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

O atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso observará as condições abaixo e atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

I – Atendimento de urgência e emergência:

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo Primeiro. Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente, conforme o caso), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Segundo. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção nas condições previstas no inciso abaixo.

II – Remoção:

A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas situações abaixo descritas, em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Primeiro. Após atendimentos classificados como urgência ou emergência a CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

3. se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento**, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e
4. quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Segundo. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Terceiro. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Quarto. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências para internação hospitalar, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

3) Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

- e) De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- f) De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- g) De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.
- h) **De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido**, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

4) Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

- c) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.**
- d) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano**, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

Parágrafo Quinto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

III - Reembolso:

Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para atendimento, os beneficiários inscritos pelo(a) CONTRATANTE terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovados:

Parágrafo Primeiro. Reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9656/98 em caso de atendimento de urgência e emergência:

- c) Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que

fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.

- d) O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Parágrafo Segundo. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259 ou outra norma que venha a substituí-la, **para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:**

- c) **Atendimento de urgência ou emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador** de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.
- d) **Atendimento eletivo em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador** de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:
4. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;
 5. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;
 6. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

Parágrafo Terceiro. O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

Parágrafo Quarto. A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

Parágrafo Quinto. A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (*cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento*). Necessário apresentar também:

- c) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
- d) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

Parágrafo Sexto. A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados. Observando ainda, as atualizações estabelecidas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data do evento.

I. Coparticipação

É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes.

Parágrafo Primeiro. Os atendimentos serão realizados mediante coparticipação de 50% (cinquenta por cento) do custo dos serviços abaixo listados, limitados a um valor máximo de R\$ 130,00 (cento e trinta reais) por serviço realizado:

- a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- c) consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.
- d) Terapia antineoplásica oral de uso domiciliar e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico. A incidência da coparticipação será por cada medicamento solicitado e fornecido.

Parágrafo Segundo. Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e/ou medicamentos, não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

Parágrafo Terceiro. Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante coparticipação, equivalente a R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por diária efetivamente realizada, estando esta limitada ao valor máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor total da conta.

Parágrafo Quarto. Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

Parágrafo Quinto. Os valores apurados a títulos de coparticipação serão cobrados com a mensalidade do plano de saúde.

Parágrafo Sexto. A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação sujeitará o CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

II. Cartão De Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o *cartão individual de identificação*, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Antes da primeira utilização do cartão, inclusive nas renovações, este deverá ser desbloqueado pelo beneficiário titular do plano, conforme orientações constantes na etiqueta do cartão.

Parágrafo Segundo. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo Terceiro. Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados serão prestados na forma abaixo descrita e a autorização prévia ocorrerá de forma a viabilizar o cumprimento dos prazos de atendimentos estabelecidos em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data da solicitação.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados nacionalizados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

Parágrafo Terceiro. O atendimento e autorização observará:

- I. **Consultas Médicas:** Os beneficiários são atendidos no consultório dos **médicos cooperados**, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;
- II. **Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista:** são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;
- III. **Sessões de psicoterapia:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que

integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

- IV. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento. Em caso de divergência médica, será aplicado mecanismo de junta médica acima previsto;
- V. **Os exames complementares e serviços auxiliares:** devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;
- VI. **Cirurgia buco-maxilo-facial:** é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
- VII. **Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso:** o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.
- VIII. **Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para tratamento de artrite reumatoide:** a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

Parágrafo Quarto. As regras acima não se aplicam ao serviço de urgência ou emergência, estando assegurado liberação imediata dos procedimentos.

Parágrafo Quinto. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Sexto. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na (VENCEDORA DO CERTAME) mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Sétimo. Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou

seu responsável deverá comunicar à CONTRATADA, através do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, para o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

- c) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;
- d) A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento pelo beneficiário ou responsável à CONTRATADA.

Parágrafo Oitavo. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo Nono. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio (DA VENCEDORA DO CERTAME)**, **sob a indicação de Rede NA04. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, conforme previsto na Cláusula Condições Gerais.**

Parágrafo Décimo. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: (DA VENCEDORA DO CERTAME) e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

Parágrafo Décimo Primeiro. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

- VI. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- VII. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- VIII. Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- IX. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.
- X. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.

CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

Parágrafo Primeiro. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, ressalvados os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado, conforme artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 que deverão adotar o valor integral estabelecido na tabela de preços/custos com 10 (dez) faixas etárias quando o contrato de ativos adotar o critério de aglutinação de faixas etárias com preço único ou inferior a 10 (dez) faixa etárias ou houver participação do empregador no custeio do plano.

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito:

- c) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na Proposta de Contratação; e
- d) as coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo Terceiro. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o quinto dia útil de cada mês.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quinto. O valor da coparticipação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias previstas sobre a tabela de referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura, que considerará os custos dos serviços executados.

Parágrafo Sexto. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar a CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Sétimo. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Parágrafo Oitavo. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

Parágrafo Nono. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas e das coparticipações relativos aos atendimentos realizados.

Parágrafo Décimo. A CONTRATADA reserva-se o direito de realizar a cobrança em decorrência de coparticipação em até 60 dias após o recebimento da cobrança relativa ao serviço realizado.

Parágrafo Décimo Primeiro. Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

- d) O critério adotado para definição de preço único ou para aglutinação inferior a 10 faixas etárias tem como base o cálculo da receita média per capita do intervalo de faixas a serem unificadas. Sobre a receita per capita calculada há também um acréscimo de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) para cada faixa etária aglutinada, a título de margem de segurança, em virtude do risco de alteração na idade média do grupo após a contratação e para compensar a perda dos reajustes por mudança de faixas etárias que ocorreriam anualmente.
- e) O cálculo da receita média per capita das faixas que serão aglutinadas é realizado através da média simples, obtida da seguinte forma: soma-se o valor da mensalidade de cada um dos beneficiários a serem inscritos nas faixas etárias que serão unificadas, obtendo a receita total desse grupo, que é dividida pelo número total de beneficiários dessas faixas.
- f) A participação do empregador no custeio do plano de saúde se dará conforme descrito na Proposta de Contratação, campo rateio de custos.

CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE

Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme parâmetros abaixo:

IV. Contrato com 30 (trinta) ou mais beneficiários:

- d) Reajuste conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do(s) contrato(s) da Contratante atinja patamar superior a 70% (setenta por cento).
- e) A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:
 - Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
 - Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.
- f) O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao período de aplicação do reajuste do contrato.

V. Contrato com menos de 30 (trinta) beneficiários:

- d) Quando o número de beneficiários do contrato for inferior a 30 (trinta), o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com menos de 30 (trinta) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:
 - Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
 - Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

e) O índice de reajuste para contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários será em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, somado ao Índice de Reajuste Técnico - IRT, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a 70% (setenta por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

- O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do agrupamento.
- O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$IRT\% = \left(\frac{SIN}{70\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

SIN: é a sinistralidade ou índice de utilização do agrupamento de contratos em percentual.

A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

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

- Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de 70% (setenta por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, (IRT% +IGPM).
- f) A CONTRATADA divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.

VI. Contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados (demitidos ou aposentados):

- c) Quando se tratar de contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o índice de reajuste será apurado considerando a sinistralidade (nos termos do inciso I) somada a variação do índice previsto, em todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados de forma unificada. Não se aplica o disposto no inciso II.
- d) O percentual de reajuste aplicado à carteira de ex-empregados será divulgado pela CONTRATADA em seu Portal Corporativo na Internet em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

Parágrafo Primeiro. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

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

Parágrafo Terceiro. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 A 18	0,00%
19 A 23	25,00%
24 A 28	26,40%
29 A 33	18,35%
34 A 38	17,65%
39 A 43	18,18%
44 A 48	16,15%
49 A 53	13,58%
54 A 58	16,62%
59 ou +	28,50%

Parágrafo Único. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- c) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- d) a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-EMPREGADOS

No caso de **rescisão** ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentado do titular, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuiu financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa.
 - Entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Não é considerada contribuição à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e nem os valores pagos relativos a mensalidade do plano de saúde dos dependentes e agregados;
- b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- c) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da

- comunicação do direito ao benefício, que deverá ser formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;
- d) encaminhe o formulário com a opção de manutenção do plano devidamente preenchido e assinado;
- e) a partir da opção de manutenção do plano, na condição de ex-empregado, assuma o pagamento integral da mensalidade por faixa etária, coparticipação e incluindo, quando houver, os valores relativos ao agravo, decorrente de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Primeiro. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações. É permitido ao empregador subsidiar o plano ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários que se encontram em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), na data da rescisão do contrato de trabalho, cumprirão o período restante, contado a partir da data da sua inscrição na condição de ex-empregado.

Parágrafo Terceiro. O tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde na condição de ex-empregado será de:

a) Para os demitidos ou exonerados sem justa causa:

- um terço do tempo de contribuição nos planos de saúde em pré-pagamento, contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

b) Para os aposentados com rescisão do contrato de trabalho:

- se tiver contribuído por 10 (dez) anos ou mais nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: de forma vitalícia.
- se tiver contribuído por menos de 10 (dez) anos nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo(a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Quarto. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a ser demitido é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998. O direito a manutenção do plano será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador. O direito de manutenção também é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo Quinto. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular desde que atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Sexto. No período de manutenção da condição de beneficiário, somente poderão ser incluídos novo cônjuge e novos filhos do ex-empregado.

Parágrafo Sétimo. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Oitavo. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos neste plano.

Parágrafo Nono. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

- a) pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido;
- b) em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE para empregados ativos e ex-empregados.

Parágrafo Décimo. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

II - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA **disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar**, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- g) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- h) perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para funcionários demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;
- i) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;
- j) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- k) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;
- l) se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, **desde que o beneficiário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o**

qüinquagésimo dia de inadimplência, implicará na suspensão do atendimento ou na exclusão, do beneficiário e dependente em atraso, a critério da CONTRATADA;

Parágrafo Primeiro. Também serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com o(a) CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários dependentes inscritos no plano conforme cláusula de Condições de Admissão, que perderem a condição de dependência, poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, descontadas os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumprida neste contrato.

Parágrafo Quarto. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de ex-empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, que deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

Parágrafo Quinto. O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento dos valores devidos, relativos a mensalidades e coparticipação, superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

Imotivadamente – Somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:

2. por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito de 60 (sessenta) dias.

Motivadamente – A qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:

5. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
6. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
7. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
8. se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas

Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá ao (à) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quarto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensa, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao(à) CONTRATANTE.

Parágrafo Quinto. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do(a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA comunicará à CONTRATANTE, eventuais alterações publicadas em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que modifiquem o instrumento jurídico originalmente firmado e se aplicam automaticamente aos contratos vigentes, sem determinação de formalização de aditamento contratual por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

II – REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS

A possibilidade de escolha do(a) CONTRATANTE é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na cláusula Mecanismos de Regulação. **O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, como por exemplo:**

- **Brasília (DF):** Hospital Santa Lúcia; Fundação Zerbini; HCBR - Hospital do Coração; Hospital Anchieta;
- **Guarulhos (SP):** Hospital Carlos Chagas S/A;
- **Porto Alegre (RS):** Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
- **Recife (PE):** Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana, Hospital Esperança, Hospital Real Português e HOPE - Hospital de Olhos de Pernambuco;
- **Rio de Janeiro (RJ):** Hospital de Clínicas de Niterói LTDA; Hospital Pasteur; Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH - Day Hospital, Hospital Barra D'Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE - Hospital São Lucas, Instituto Minesota (Vila Serena), Procardíaco – Pronto Socorro Cardiológico, Protocor Pronto Socorro, Clínica Cardiológica, Hospital Quinta D'Or, Hospital Copa D'Or, Hospital Samaritano, Casa de Saúde Santa Lucia, Sociedade Beneficente Israelita do RJ;
- **Salvador (BA):** Clínica Infantil de Urgência Ltda – PROBABLEY; Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador, Monte Tabor – Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária – Hospital São Rafael, Hospital Santa Mônica e Brasil Memorial S/A;
- **São Bernardo do Campo (SP):** Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.

- **São José do Rio Preto (SP):** Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- **São Paulo (SP):** Hospital e Maternidade Brasil; Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital São Luiz - Unidade Itaim, Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Morumbi; Hospital e Maternidade São Luiz - Unidade Tatuapé; Hospital Santa Catarina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A, Incor – Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A, Pro-Matre Paulista S.A., Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica), Hospital Samaritano, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel), Hospital Cidade Jardim Ltda, Hospital e Maternidade São Camilo - Pompéia;
- **Sobral (CE):** Santa Casa Misericórdia de Sobral;
- **Manaus (AM):** Hospital Santa Julia Ltda;
- **Porto Velho (RO):** CEOF – Centro Especializado em Oftalmologia;

III - SIGILO MÉDICO

Compromete-se o(a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

IV - RECLAMAÇÕES

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas à CONTRATADA, através dos canais de comunicação SAC ou Ouvidoria, informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s), ou ainda, serem remetidas por meio de correspondência.

CLÁUSULA 18ª - FORO

Fica eleito o foro da Comarca do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

....., de de

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

1 - _____
Nome:
CPF:

2 - _____
Nome:
CPF:

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE.....	59
CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO	60
CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	60
CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	63
CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA.....	70
CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO	71
CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA	71
CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	72
CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO	74
CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	78
CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	82
CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE	83
CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA.....	85
CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS	85
CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	87
CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL	88
CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS.....	89
CLÁUSULA 18ª - FORO	90