



PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023

PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023

PREÂMBULO

1 - O Município de Abdon Batista, Estado de Santa Catarina, o Prefeito Municipal Sr. **Jadir Luiz de Souza** através da Comissão de Licitação, torna público para conhecimento dos interessados e comunica que realizará licitação na modalidade Pregão Presencial, pelo critério do **menor preço global** **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 enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais para os servidores Ativos e Inativos do Município de Abdon Batista/SC e seus dependentes na forma editalícia** cujo processamento, direção e julgamento serão realizados pelo Pregoeiro e Equipe de Apoio, em conformidade com os preceitos da Lei nº 8.666, de 21 de e 1993, e as condições adiante fixadas.

1.1 –

Data de entrega e abertura dos envelopes: 04/04/2023

Horário: 14:00 horas

Local: Prefeitura Municipal de Abdon Batista

Rua Joao Santin, 30 Centro - Comissão de Licitação

1.2 - O recebimento dos Envelopes 01 – nº PROPOSTA COMERCIAL e nº 02 – DOCUMENTAÇÃO, contendo, respectivamente, as propostas de preços e a documentação de habilitação dos interessados, dar-se-á até às **13:45 horas do 04 de abril de 2023**, no Setor de Licitações desta Prefeitura, no endereço acima indicado.

1.3 - A abertura dos Envelopes nº 01 – PROPOSTA COMERCIAL, dar-se-á a partir das **14:00 horas do dia 04 de abril de 2023**, em sessão pública, realizada na Sala de Licitações da Prefeitura de Abdon Batista, situada no endereço citado no **item 1.1**.

2 - DO OBJETO/TERMO DE REFERENCIA

2.1 - A presente licitação tem por objeto a finalidade **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 enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais para os servidores Ativos e Inativos do Município de Abdon Batista/SC e seus dependentes na forma editalícia.**

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO





1.1. A presente licitação tem por objeto a prestação de serviços de assistência à saúde dos servidores ativos e seus dependentes à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA pelo período de 12 (doze) meses podendo ser renovado até 60 meses seguindo a lei nº 782/2013 de 12/12/2013 e seus anexos.

1.1.1. O quantitativo de servidores ativos e seus dependentes vinculados à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA, por faixas etárias, que demonstra uma estimativa das possíveis adesões ao plano de saúde a ser contratado.

1.2. É obrigatório a todas as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos a à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA o oferecimento do plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas neste instrumento e conforme anexo I da Lei Municipal nº782/2013.

1.2.1. A cobertura definida observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

1.2.2. Entende-se por beneficiário, na condição de titular do plano, o servidor ativo. Somente o servidor, ativo, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

1.2.3. A cotação para o plano de saúde deverá contemplar: (a) os servidores ativos, seus dependentes, por faixas etárias; e, (b) as modalidades.

1.2.4. As cotações das modalidades com co-participação deverão levar em consideração, no mínimo, os parâmetros estabelecidos pela ANS.

1.2.5. Nas cotações de todas as modalidades deverão ser cotados os agregados.

1.2.6. Por regional entende-se a cobertura em todo o território do estado de Santa Catarina. Nacional entende-se a cobertura no país do Brasil.

1.2.7. A PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA oferecerá, para todos os seus servidores, uma única modalidade de gestão de saúde suplementar, mediante processo licitatório. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.

2. DAS CARÊNCIAS

2.1. O estabelecimento de carência estará regrado pelas normas regulamentadas da ANS, e em comum acordo com à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA.

2.1.1. Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início do contrato.

2.1.2. Os titulares e beneficiários do plano de saúde, vinculados ao Contrato Administrativo anterior, celebrado entre à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA ficam dispensados de cumprir novos períodos





de carência ou de cobertura parcial temporária, exigíveis e já cumpridos, desde que a adesão ocorra em um prazo máximo de 120 dias a partir da data de início do contrato.

2.1.3. É isento de carência o servidor recém-empossado ocupante de cargo efetivo ou em comissão e temporário e o servidor redistribuído, bem como seus dependentes, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 120 (cento e vinte dias) dias contados da data do efetivo exercício.

2.1.4. É isento de carência o cônjuge, companheiro ou companheira na união estável, o companheiro ou companheira na união homoafetiva, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 30 (trinta) dias contados da data da efetiva união.

3. INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.1. Poderão inscrever-se no plano, nas seguintes categorias:

3.1.1. Na qualidade de servidor, e os ocupantes de cargo efetivo, temporário, de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público vinculado a órgão ou entidade da Administração Pública direta, suas autarquias e fundações;

3.1.2. Na qualidade de dependente do servidor: a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável; b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável; c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia; d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez; e) os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação e pais; f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

3.1.3. A existência do dependente constante nas letras "a" e "b" do subitem 3.1.2. desobriga a assistência à saúde do dependente constante na letra "c" do referido subitem.

3.1.4. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados.

3.2 A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau por afinidade, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio.

3.3 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata o termo de referência.





3.4 Caberá à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à operadora conveniada ou contratada.

3.4.1. A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita de acordo com as datas que forem estabelecidas no convênio, contrato ou no regulamento ou estatuto do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

3.5 Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pela PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA, que os devolverão à operadora.

3.5.1 A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes conforme Anexo II lei Municipal nº 782/2013 de 12/12/2013.

3.5.2. A exclusão do servidor do plano de assistência à saúde suplementar dar-se-á pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição e demissão, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998.

3.5.3. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006 e a lei municipal.

3.5.4. Independentemente da situação prevista no item

3.5.5, a exclusão do servidor dar-se-á também por fraude ou inadimplência.

3.6 Caberá à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor ativo ou inativo e a relação de parentesco consangüíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.

3.7 É assegurada a inclusão:

3.7.1 do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

3.7.2. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.





3.8 É garantido aos servidores exonerados e redistribuídos a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com a PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11 e 12 de 1998.

4.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

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

4.2.2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

4.2.3. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar.

4.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

4.3.1. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

4.3.2. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

4.3.3. Diária de internação hospitalar;

4.3.4. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

4.3.5. Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

4.3.6. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;





- 4.3.7. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- 4.3.8. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- 4.3.9. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 4.3.10. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 4.3.11. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- 4.3.12. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- 4.3.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 4.3.14. Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos: a) as despesas assistenciais com doadores vivos; b) os medicamentos utilizados durante a internação; c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- 4.3.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.
- 4.3.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.
- 4.4. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:





- 5.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 5.1.2. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 5.1.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.1.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 5.1.5. Inseminação artificial;
- 5.1.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.1.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 5.1.8. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 5.1.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 5.1.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 5.1.11. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 5.1.12. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.1.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.1.14. Aplicação de vacinas preventivas;
- 5.1.15. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.1.16. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 5.1.17. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares salvo em casos extraordinários;
- 5.1.18. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 5.1.19. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

6. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 6.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- 6.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 6.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias





as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

6.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;

6.3.2. Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde-SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

7. REEMBOLSO

7.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

7.1.1. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

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

7.1.3. Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

7.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos, em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

7.2.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

7.2.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

7.3. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.





8. REMOÇÃO

8.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

8.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

8.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

8.2.2. A operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

8.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no sub item 6.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

9. DO REAJUSTE

9.1. Os valores do contrato poderão sofrer reajuste após o prazo de 12 (doze) meses de sua assinatura. O teto será o índice definido pelo IPCA para reajuste dos planos individuais/familiares. Caberá à licitante vencedora a iniciativa do pedido, considerando a composição do pagamento.

9.1.1. Os efeitos financeiros do pedido de reajuste serão devidos a contar da data da solicitação da contratada.

9.1.2. O reajuste será oficializado mediante termo aditivo ao contrato.

10. DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO- FINANCEIRO

10.1. O Valor pactuado poderá ser revisto mediante solicitação da licitante vencedora, com vistas à manutenção do equilíbrio contratual, na forma do artigo 65, Inciso II, da alínea "d", da Lei 8.666/93, e observados os subitens subsequentes.

10.2. As eventuais solicitações deverão fazer-se acompanhar de comprovação de superveniência do fato imprevisível ou se previsível, de conseqüências incalculáveis, bem como da demonstração analítica de seu impacto nos custos do contrato.

10.3. Em caso de revisão contratual, o termo inicial do período de reajuste, ou de nova revisão, será a data em que a anterior revisão tiver ocorrido.





10.4. Os quantitativos de pessoas inscritas no Plano de Saúde, cuja operação é objeto deste contrato, podem variar dentro das regras estabelecidas neste instrumento, em função da adesão voluntária ou desligamento de beneficiários, sem ensejar a revisão dos preços.

11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou pela PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

11.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário.

11.3. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

11.4. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

11.4.1. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

11.4.2. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

11.4.2.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

11.5. A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

11.5.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

11.5.1.1. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a





internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

11.5.2. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessário autorização prévia da ANS.

11.6. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

11.7. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

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

12. DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

12.1. Caberá à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA encaminhar, à operadora contratada, as solicitações dos servidores ativos, inativos e habilitados para a efetivação de inscrição, movimentação e de exclusão.

12.2. Os beneficiários excluídos do plano de saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pela PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA, que os devolverá à operadora contratada do plano de saúde.

12.3. Caberá, à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA, a exibição de documentos, que comprovem o vínculo do servidor, e a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o servidor, quando solicitados pela operadora contratada.

12.4. Os valores repassados à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA, definidos no Orçamento, terão como base o número de beneficiários inscritos no plano de saúde, e serão repassados à operadora do plano de saúde na data estabelecida no contrato.

12.5. PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA atuará no acompanhamento da prestação de serviços da operadora contratada.

12.5.1. Para o acompanhamento da prestação de serviços, a PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA designará um representante da Gestão, para atuar junto à operadora do plano de saúde, nos termos do contrato.

13. DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

13.1. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a Prefeitura, e seus fundos, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro 2004, com a redação dada pelo





Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, deverão: I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde (ANS), ou apresentar regularidade no processo instaurado junto ao mesmo órgão; II - ter sido regularmente selecionada através de processo competente com a devida observância ao disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e na Portaria Normativa 05 SRH/MPOG, de 11/10/2010.

13.2. A operadora contratada não aplicará nenhum custo administrativo, por ocasião de inclusão, de exclusão ou de fornecimento de credenciais.

13.2.1. Todos os custos administrativos deverão estar inclusos no valor da mensalidade.

13.3. A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou segundo grau por afinidade, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio.

13.4. A operadora contratada poderá admitir a inscrição de pai ou padrasto e a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor e que constem no seu assentamento funcional, mantidos os valores do Anexo II e assumido, o custeio, pelo próprio servidor.

13.5. Com base no art. 18 da Portaria Normativa 05 SRH/MPOG, de 11/10/2010, a operadora do plano de saúde ficará obrigada a: I - oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar, na área de abrangência do órgão ou entidade ao qual está vinculado o titular do benefício, os serviços assistenciais previstos no art. 3º, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços; II - oferecer e disponibilizar planos de saúde com coberturas e redes credenciadas diferenciadas aos servidores do órgão - oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o titular do benefício; IV - manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos; V - fornecer identificação individual aos beneficiários; e VI - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com a PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA.

13.6. Caberá à operadora contratada encaminhar, trimestralmente, à PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

13.6.1. Os dados e os documentos, relativos à prestação de contas, estarão à disposição dos órgãos de controle interno na PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA.

13.7. Fornecer e utilizar, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, mão-de-obra especializada, com a devida habilitação.

13.8. Assumir inteira responsabilidade pela execução dos serviços contratados e efetuar-los de acordo com as especificações constantes da proposta e instruções do edital e seus anexos.





13.9. Arcar com todos os custos necessários à completa execução dos serviços.

13.10. A inadimplência da contratada para com estes encargos, não transfere à contratante a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do contrato.

13.11. Indicar um gerente de atendimento credenciado, residente na região da AMPLASC, com endereço e telefone, no momento da assinatura do contrato.

13.12. A empresa contratada deverá disponibilizar um representante em local designado pela contratante para atendimento aos beneficiários do plano de saúde.

13.13. A empresa contratada deverá em, no máximo 60 dias após a assinatura do contrato, disponibilizar as instalações físicas, em Santa Catarina, para atendimento dos beneficiários.

13.14. Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições da habilitação e qualificação exigidas na licitação.

13.15. A operadora contratada do plano de saúde não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

13.16. A empresa contratada deverá assegurar a cobertura até a alta hospitalar autorizada pelo médico assistente, caso exista beneficiário internado ao término do contrato.

14. DA CONTRATAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

14.1. O contrato será firmado pela PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA com a operadora do plano de saúde.

14.2. A fiscalização do contrato será feita pelo servidor designado para este fim.

14.3. As irregularidades, constatadas nas supervisões ou acompanhamentos realizados, serão comunicadas aos órgãos fiscalizadores da atividade.

15. DO CUSTEIO E DO PAGAMENTO

15.1. O custeio, do plano de saúde dos beneficiários, é de responsabilidade: PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA no piso per capita estabelecido pelo, Orçamento e Gestão; e, (b) dos próprios servidores, ressalvados os casos que vierem a ser definidos em legislação específica.

15.2. Na opção por modalidade de plano de saúde com co-participação, além da contribuição mensal devida pelo titular do benefício, serão cobrados os serviços utilizados conforme lei Nº782/2013 DE 12/12/2013.

15.2.1. A participação no custo dos serviços de plano de saúde com co-participação será efetivada de forma parcelada em folha de pagamento.

15.2.2. A participação no custo dos serviços utilizados será cobrada mediante consignação em folha de pagamento.





15.3. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício, dentro do prazo de sessenta (60) dias contados da constatação.

15.3.1. O período de insuficiência de margem consignável não eximirá o beneficiário da quitação dos débitos de contribuição e de participação de sua responsabilidade.

16 FATURAMENTO ESTIMADO

Valor estimado em R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) anual.

PLANO NACIONAL COPARTICIPACAO 50%

Faixa etária	Plano Nacional Enfermaria 50% de Coparticipação	QUANTIDADE ESTIMADA
00 a 18 anos	163,38	14
19 a 23 anos	204,22	2
24 a 28 anos	258,16	4
29 a 33 anos	305,48	3
34 a 38 anos	359,40	9
39 a 43 anos	424,73	5
44 a 48 anos	493,34	2
49 a 53 anos	560,36	4
54 a 58 anos	653,48	0
59 ou + anos	839,72	1

Segunda Via Do Cartão: 25,84

PLANO ESTADUAL COPARTICIPACAO 50%

Faixa etária	Plano Estadual Enfermaria 50% de Coparticipação	QUANTIDADE ESTIMADA
00 a 18 anos	130,37	31
19 a 23 anos	162,94	4
24 a 28 anos	205,95	10
29 a 33 anos	243,78	10
34 a 38 anos	286,79	15
39 a 43 anos	338,94	9
44 a 48 anos	393,69	13
49 a 53 anos	447,14	18





54 a 58 anos	521,47	8
59 ou + anos	670,08	2

Segunda Via Do Cartão: 25,84

16.1 O valor estimado por idade foi utilizado os valores que está sendo executado no contrato vigente Nº 46/2018/PMAB.

17 PERIODO

Período de 12 meses do início do contrato com a previsão de prorrogação nos termos do artigo 57 inciso II da lei 8.666/93.

18 INDICE DE REAJUSTE: IPCA ou outro que vier a substitui-lo.

Abdon Batista, 20 de março de 2023.

Sergio Marcio Zanchett
Secretario de Adm e Finanças

3 - DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO

3.1 - Não podem participar da presente licitação, empresas que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93, bem como empresas nas seguintes condições:

3.1.1 - Com falência decretada;

3.1.2 - Podem participar da presente licitação, todos os interessados (pessoa física ou jurídica) que comprovem o atendimento dos requisitos estabelecidos neste Edital.

3.1.3 - Não poderão participar na condição de Microempresas e Empresas de Pequeno Porte as que se





enquadram nas hipóteses do Artigo 3º §4º da Lei Complementar 123/2006.

4 - DA APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES E DO CREDENCIAMENTO

4.1 - No dia, hora e local designados neste Edital, na presença das licitantes e demais pessoas presentes à Sessão Pública, o Pregoeiro, inicialmente, receberá os envelopes contendo as propostas comerciais e os documentos exigidos para a habilitação, **desde que protocolizados de acordo com o disposto no item 1.2**, em envelopes distintos, lacrados, contendo na parte externa a seguinte identificação:

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA – SC
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023
PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023
ENVELOPE Nº 01 – PROPOSTA COMERCIAL
PROPONENTE: (RAZÃO SOCIAL)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA – SC
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023
PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023
ENVELOPE Nº 02 – DOCUMENTAÇÃO
PROPONENTE: (RAZÃO SOCIAL)

4.2 - Do credenciamento (DOCUMENTOS FORA DOS ENVELOPES)

1. *No horário indicado no preâmbulo deste edital, o representante legal da licitante apresentar-se-á ao Pregoeiro para efetuar seu credenciamento como participante deste Pregão, munido de sua carteira de identidade ou outro documento equivalente, e de instrumento hábil que lhe dê poderes para manifestar-se durante toda a Sessão de Pregão.*

2. *Considera-se representante legal qualquer pessoa habilitada pela licitante, mediante documento credencial.*

2.1. *Entende-se por documento credencial:*

a) *registro comercial/contrato social ou suas alterações se houver/estatuto, quando a pessoa a ser credenciada for proprietária, sócia, dirigente ou assemelhada da empresa licitante, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura;*

a.1 *Enquadrar-se-á também cópia digital do Contrato Social para empresas com alterações contratuais no último ano, uma vez que o Programa JUCESC Digital em parceria com a Receita Federal implantou o conceito de tramitação totalmente digital de processos, eliminou as etapas de protocolo, distribuição, expedição e guarda física de documentos nos processos de Registro Mercantil na Junta comercial do Estado de Santa Catarina.*

b) *procuração, ou instrumento equivalente - aquele em que se concede poderes para que a pessoa credenciada possa manifestar-se em qualquer fase deste Pregão em nome da licitante;*

3. *O documento mencionado na alínea “b”, supra, deverá dar plenos poderes ao credenciado para formular ofertas e lances verbais, negociar preços, declarar a intenção ou renunciar ao direito de interpor recurso, enfim, para praticar, em nome da licitante, todos os atos pertinentes a este Pregão, podendo ser utilizado o modelo de **TERMO DE CREDENCIAMENTO** constante do Anexo II deste Edital.*





4. A procuração ou instrumento equivalente mencionado na alínea "b", supra, deverá conter a assinatura do outorgante devidamente reconhecida por cartório competente (firma reconhecida) ou ser apresentado acompanhado do correspondente documento, dentre os indicados na alínea "a", que comprove os poderes do mandante para a outorga.

5. As microempresas e empresas de pequeno porte que queiram gozar das prerrogativas e benefícios concedidos pela Lei Complementar nº 123/2006 deverão apresentar no momento do credenciamento, Certidão Simplificada, emitida pela Junta Comercial do Estado sede da empresa proponente de acordo com a Instrução Normativa DRNC nº 103/2007. As sociedades simples, que não registrarem seus atos na Junta Comercial, deverão apresentar Certidão de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, atestando seu enquadramento nas hipóteses do Art. 3º da Lei Complementar 123/2006. **A DATA DE EMISSÃO DESTA CERTIDÃO NÃO DEVE SER SUPERIOR AO PRAZO DE 60 DIAS A CONTAR DA DATA DE REALIZAÇÃO DESTA LICITAÇÃO.**

6. Perderá o direito ao benefício concedido pela Lei Complementar nº. 123/06, as microempresas (ME) e empresas de pequeno porte (EPP) que:

a) não apresentar os documentos exigidos para fins de obtenção dos benefícios da lei complementar 123/06;

7. Ficam desde já advertidos os licitantes que a prática de qualquer ato no sentido de admitir que sua entidade empresarial seja empresa de pequeno porte ou microempresa a fim de obter tratamento diferenciado no certame, quando não enquadrar nos termos do artigo 3º da Lei Complementar nº. 123/06, ou quando estiver inserida nas situações elencadas nos incisos I a X do § 4º do Artigo 3º da Lei Complementar nº. 123/06, constitui fraude à realização de ato do procedimento licitatório, sujeitando o infrator às penalidades previstas na Lei nº. 8.666/93.

8. Todos os documentos apresentados para efeito de credenciamento serão os originais ou fotocópias autenticadas por Cartório competente ou por servidor da licitadora. A responsabilidade pela capacidade da pessoa que assinar o instrumento de procuração ou documento equivalente será do representante que apresentar o aludido documento.

9. Cada credenciado poderá representar apenas uma licitante.

10. O representante legal que não se credenciar perante o Pregoeiro ficará impedido de participar da fase de lances verbais, de negociar os preços, de declarar a intenção de interpor recurso ou renunciar a fazê-lo; enfim, de representar a licitante durante toda a Sessão de Pregão.

11. **Cartão do CNPJ** (cadastro nacional de pessoas jurídicas).

a. Deverá constar, no contrato social OU no cartão do CNPJ, o ramo de atividade de empresa de forma específica, em acordo com o objeto desta licitação sob pena de **DECLASSIFICAÇÃO**.

12. Declaração Unificada conforme modelo do Anexo III;

13. **NO CASO DA NÃO APRESENTAÇÃO DE QUAISQUER DOS DOCUMENTOS LISTADOS PARA O CREDENCIAMENTO, IMPEDIRÁ A LICITANTE DE OFERTAR LANCES VERBAIS, BEM COMO DE OFERECER IMPUGNAÇÃO À OUTROS LICITANTES, LAVRANDO-SE, EM ATA, O OCORRIDO.**

4.4 A licitante que não se fizer representar na sessão pública deverá entregar, sob pena de não aceitação da proposta, documentação de credenciamento solicitado nos subitens 3 e 4 do item 4.2, em um terceiro envelope, contendo no anverso os seguintes dizeres:

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABDON BATISTA SC

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023

PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023

ENVELOPE Nº 03 – Declaração de que cumpre plenamente as condições de habilitação.

(anexo IV) e documentos do subitens 3 e 4 do item 4.2 deste edital.

PROPONENTE: (RAZÃO SOCIAL)





5 - DA PROPOSTA COMERCIAL

5.1. O Envelope nº 01 “Da Proposta” deverá conter os seguintes elementos:

5.1.1. Carta proposta, na forma impressa, SEM RASURAS E/OU EMENDAS, de acordo com o modelo do **Anexo I**, contendo:

5.1.1.1. Razão social da empresa, CNPJ, endereço e telefone;

5.1.1.2. Preço unitário e total do item cotado e valor total da proposta, em moeda corrente nacional, incluso de taxas, fretes, impostos e descontos, conforme o caso, não sendo admitidos quaisquer outros adicionais ou supressões, após a abertura dos envelopes. Os preços unitários poderão ser cotados com até 02 (dois) dígitos após a vírgula;

5.1.1.3. Marca de cada item e Especificações pertinentes ao objeto desta licitação;

5.1.1.4. VALOR TOTAL DA PROPOSTA ESCRITA EM NÚMEROS E POR EXTENSO

5.1.1.5. Local e data;

5.1.1.6. Assinatura do representante legal da proponente.

5.2. Havendo divergência entre o valor unitário e o valor total cotados, será considerado, para fins de julgamento das propostas, o primeiro.

5.3. Para a proposta apresentada será considerado o prazo de validade de **60 (sessenta) dias**, independentemente de declaração expressa.

5.4. A empresa vencedora fica submetida aos prazos especificados no presente Edital, independentemente de declaração expressa.

5.5. **A proposta deverá ser elaborada preferencialmente em papel timbrado da empresa e redigida em língua portuguesa, salvo quanto às expressões técnicas de uso corrente, sem rasuras, emendas, borrões ou entrelinhas e ser datada e assinada pelo representante legal do licitante ou pelo procurador.**

5.6. Quaisquer tributos, despesas e custos, diretos ou indiretos, omitidos da proposta ou incorretamente cotados que não tenham causado a desclassificação da mesma por caracterizar preço inexequível, serão considerados como inclusos nos preços, não sendo considerados pleitos de acréscimos, a esse ou qualquer título, devendo os produtos ser fornecidos sem ônus adicionais.

5.7. **O Pregoeiro considerará como formais erros e outros aspectos que não impliquem em nulidade do procedimento.**

5.8. Com fundamento no inciso I do art. 48 da Lei nº 8.666/93, consolidada, serão desclassificadas as propostas que não atenderem as exigências deste Edital.

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

5.10. **Vícios, erros e/ou omissões, que não impliquem em prejuízo para o Município, poderão ser considerados pelo Pregoeiro, como meramente formais, cabendo a este agir em conformidade com os princípios que regem a Administração Pública.**

5.11 **Em substituição ao modelo de proposta constante no Anexo I, poderá ser usado o Sistema BETHA Autocotação e gravado em um CD ou pen drive para formulação das propostas.**

5.12 O sistema poderá ser baixado no site <http://download.betha.com.br/>, download de sistemas, Compras-Autocotação, última alteração, mediante cadastro gratuito do fornecedor interessado.

5.12.1 As instruções de preenchimento e os requisitos do sistema constam no site supracitado.

5.12.2 O arquivo contendo os itens a serem cotados será disponibilizado juntamente com o presente edital.

5.13 Os preços deverão ser cotados em moeda corrente nacional, com quatro casas decimais à direita da vírgula, praticados no último dia previsto para a entrega da proposta, sem previsão de encargos financeiros ou expectativa inflacionária.

5.14 Nos preços finais deverão estar incluídas quaisquer vantagens, abatimentos, custos, despesas





administrativas e operacionais, fretes, impostos, taxas e contribuições sociais, obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, que eventualmente incidam sobre o fornecimento dos bens, objeto da presente Licitação.

5.15 Fica fixado como valor máximo para a proposta, aqueles constantes do Anexo I do presente certame, em coluna específica, nos termos do art. 40, X, da Lei nº 8.666/93.

5.16 O item que estiver com o valor acima do máximo permitido será desclassificado, conforme tabela de preços no **anexo "I"**.

5.17 - Fica estabelecido em 60 (sessenta) dias o prazo de validade das propostas, o qual será contado a partir da data da sessão de abertura dos envelopes nº 01. Na contagem do prazo excluir-se-á o dia de início e incluir-se-á o dia de vencimento.

5.18 - As propostas que tenham sido classificadas, serão verificadas pelo Pregoeiro para constatar a possibilidade de erros aritméticos nos cálculos e na soma. Os erros serão corrigidos pela Comissão da seguinte forma:

- a) nos casos em que houver discrepância entre os valores grafados em algarismos numéricos e por extenso, o valor grafado por extenso prevalecerá;
- b) nos casos em que houver uma discrepância entre o preço unitário e o valor total obtido pela multiplicação do preço unitário pela quantidade, o preço unitário cotado deverá prevalecer;
- c) nos casos em que houver discrepância entre o valor da soma de parcelas indicada na Proposta e o valor somado das mesmas, prevalecerá o valor somado pelo Pregoeiro.

5.19 - Declaração de que cumpre plenamente as condições de habilitação (anexo IV) deste edital.

6 - DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

6.1 - O Envelope nº 02 - **DOCUMENTAÇÃO**, deverá conter os seguintes documentos de habilitação:

Para comprovação da regularidade fiscal:

- *Prova de Regularidade com os **Tributos Federais** e Procuradoria Geral da União através de Certidão Conjunta Emitida com base na Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 3, de 02/05/2007 da Secretaria da Receita Federal abrangendo Prova de regularidade, através de Certidão Negativa de Débitos ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa, junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social – **INSS**;*
- *Prova de Regularidade com os tributos estaduais através de Certidão Negativa de Débitos ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa emitida pela **Secretaria de Estado** da Fazenda do domicílio do licitante;*
- *Prova de Regularidade com os tributos municipais através de Certidão Negativa de Débitos ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa emitida pela **Fazenda Municipal** do domicílio do licitante;*
- *Prova de regularidade, através de Certidão Negativa de Débitos ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa, junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – **FGTS**;*
- *Prova de regularidade relativa à Justiça do Trabalho mediante a apresentação de **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)**, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, a ser obtida no site www.tst.jus.br/certidao.*

Habilitação Financeira:

- ***Certidão de Falência e Concordata** com data vigente, inclusive a disponibilizada pelo **E-proc**;*





• **Obs.:** Caso seja apresentado apenas a via do **E-Saj**, será permitida, na forma do que disciplina o art.43, §3º da Lei 8.666/93, a consulta e validação do documento pelo sistema **E-Proc**.

Habilitação Técnica:

- *Atestado (s) de Capacidade Técnica emitido (s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando aptidão para o desempenho de atividade compatível e pertinente com o objeto da presente licitação.*
- Registro ou inscrição na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar);

6.3 Todos os documentos de Habilitação deverão ser inseridos no envelope 02 dispostos de forma ordenada e rubricados pelo Licitante.

6.2 - As licitantes poderão substituir os documentos referidos no **item 6.1**, certidões negativas, pelo Certificado de Registro Cadastral – CRC, expedido pelo Departamento de Compras do Município de Abdon Batista.

6.3 A condição de validade do Certificado de Registro Cadastral apresentado pelas licitantes está atrelada à manutenção de sua regularidade junto ao órgão cadastrador. Desta forma, no decurso do julgamento da fase de habilitação, a Comissão Permanente de Licitações averiguará a situação cadastral dos licitantes junto ao Departamento de Compras do Município de Abdon Batista, **inabilitando aqueles cujo CRC estiver cancelado, suspenso, vencido ou ainda quando a documentação apresentada para o competente cadastramento não estiver em plena vigência.**

6.4 Caso a licitante tenha optado por apresentar o Certificado de Registro Cadastral em substituição aos documentos elencados no **item 6.1** e, nele constando qualquer certidão com prazo de validade vencido, poderá apresentar tais documentos atualizados e regularizados dentro de seu Envelope nº 02 – DOCUMENTAÇÃO.

6.5 Quando as certidões apresentadas não tiverem prazo de validade estabelecido pelo competente órgão expedidor, será adotada a vigência de **90 (noventa) dias consecutivos**, contados a partir da data de sua expedição. Não se enquadram nesse dispositivo os documentos que, pela própria natureza, não apresentam prazo de validade.

6.6 A data que servirá de referência para verificação da validade dos documentos de habilitação é aquela disposta no **item 1.3** deste Edital.

6.5 - Os documentos exigidos nesta Licitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião de notas ou por servidor da Administração, ou publicação em órgão da imprensa oficial.

6.6 As certidões e certificados exigidos como condição de habilitação poderão, também, ser apresentados em documento extraído diretamente da Internet, ficando, nesse caso, a sua aceitação condicionada à verificação da sua veracidade pelo Pregoeiro ou sua Equipe de Apoio, no respectivo *site* do órgão emissor.

6.7 A possibilidade da consulta prevista no subitem anterior não constitui direito da licitante, e a Administração não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos no momento da diligência, hipóteses em que, em face do não saneamento das falhas constatadas, a licitante será declarada inabilitada.

6.8 Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados, deverão estar em nome da licitante com o respectivo número do CNPJ, nas seguintes condições:

6.8.1 - se a licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz;





6.8.2 - se a licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial.

6.9 Caso a obrigação venha a ser cumprida pela filial e a vencedora seja a matriz, ou vice-versa, deverão ser apresentados, na licitação, os documentos de habilitação de ambas, ressalvados aqueles que, pela própria natureza ou em razão de centralização de recolhimentos, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

6.10 A empresa poderá apresentar os documentos de comprovação de regularidade fiscal, citados no **item 6.1**, centralizados junto à matriz desde que apresente documento que comprove o Reconhecimento da Centralização do Recolhimento expedido pelo órgão respectivo, ou que conste na certidão a validade para a matriz e para as filiais.

6.11 As microempresas e empresas de pequeno porte deverão apresentar toda a documentação relativa a regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, conforme art. 43 da LC123/2006.

7 - DOS PROCEDIMENTOS DE JULGAMENTO

7.1 - Aberta a sessão, os interessados ou seus representantes, apresentarão declaração **verbal ou escrita**, (no caso de não comparecimento, a declaração escrita, conforme modelo constante do **Anexo "IV"**, dando ciência de que cumprem plenamente os requisitos de habilitação (inciso VII do Art. 4º da Lei nº 10.520/2002), sendo consignado em ata.

7.2 - Serão abertos primeiramente os envelopes contendo as Propostas Comerciais, que deverão estar em conformidade com as exigências do presente edital, sob pena de desclassificação. Isto posto, serão classificadas, **item a item**, a proposta de menor preço e aquelas que apresentem valores sucessivos e superiores até o limite de 10% (dez por cento), relativamente à de menor preço.

7.2.1 - Não havendo pelo menos três ofertas nas condições definidas no item anterior, poderão os autores das melhores propostas, até o máximo de três, oferecer novos lances verbais e sucessivos, quaisquer que sejam os preços oferecidos.

7.2.2 – NESTA ETAPA DE LANCES VERBAIS SÓ SERÁ PERMITIDA A OFERTA DE LANCES COM VALORES DUAS CASAS DECIMAIS APÓS A VÍRGULA.

7.2.3 - Serão passíveis de **desclassificação** as propostas formais (ou seus itens, de forma individual) que não atenderem os requisitos constantes dos **itens 5.1 e 5.2** deste Edital, bem como, quando constatada a oferta de preço manifestamente inexecutable.

7.3 - No curso da Sessão, os autores das propostas que atenderem aos requisitos dos itens anteriores serão convidados individualmente a apresentarem novos lances verbais e sucessivos, a partir do autor da proposta classificada de maior preço, até a proclamação do vencedor.

7.3.1 - Caso duas ou mais propostas iniciais apresentem preços iguais, será realizado sorteio para determinação da ordem de oferta dos lances.

7.3.2 - A oferta dos lances deverá ser efetuada, no momento em que for conferida a palavra à licitante, na ordem decrescente dos preços de cada item do objeto do certame.

7.3.3 - A oferta de lance deverá recair sobre o preço unitário do objeto desta licitação que tiver sido declarado, pelo Pregoeiro, como alvo de lances naquele momento.

7.3.3.1 - O Pregoeiro alertará e definirá sobre a variação mínima de preço entre os lances verbais ofertados pelas licitantes, podendo, no curso desta fase, deliberar livremente sobre a mesma.

7.3.4 - É vedada a oferta de lance com vista ao empate.

7.3.5 - Dos lances ofertados não caberá retratação.

7.3.6 - A desistência em apresentar lance verbal, quando convocado pelo pregoeiro, implicará a exclusão do licitante da etapa de lances verbais e na manutenção do último preço apresentado pelo licitante, para efeito de ordenação das propostas.





7.4 - Caso os licitantes não apresentem lances verbais, será verificada a conformidade entre a proposta escrita de menor preço e o valor estimado para a contratação, podendo, o pregoeiro, negociar diretamente com o proponente para que seja obtido preço melhor.

7.5 - O encerramento da etapa competitiva dar-se-á quando, convocadas pelo Pregoeiro, as licitantes manifestarem seu desinteresse em apresentar novos lances.

7.6 - Encerrada a etapa de lances, será assegurada, como critério de desempate, preferência de contratação para as microempresas e empresas de pequeno porte, conforme previsto no art. 44 da Lei Complementar nº. 123 de dezembro de 2006.

7.6.1 - Entende-se por empate aquelas situações em que as propostas apresentadas pelas microempresas e empresas de pequeno porte sejam iguais ou até 5% (cinco por cento) superiores à proposta mais bem classificada.

7.7 - Ocorrendo o empate previsto no item 7.6, proceder-se-á da seguinte forma:

a) a microempresa ou empresa de pequeno porte mais bem classificada poderá apresentar proposta de preço inferior àquela considerada vencedora do certame, situação em que será adjudicado em seu favor o objeto licitado;

b) não ocorrendo a contratação da microempresa ou empresa de pequeno porte, na forma da **alínea "a" deste Item**, serão convocadas as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese prevista no **Item 7.6.1**, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito;

c) no caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem no intervalo estabelecido no **Item 7.6.1**, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

7.7.1 - Na hipótese da não-contratação nos termos previstos no **Item 7.7**, o objeto licitado será adjudicado em favor da proposta originalmente vencedora do certame.

7.7.2 - O disposto no **Item 7.7** somente se aplicará quando a melhor oferta inicial não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

7.7.3 - A microempresa ou empresa de pequeno porte mais bem classificada será convocada para apresentar nova proposta no prazo máximo de 05 (cinco) minutos após o encerramento dos lances, sob pena de preclusão.

7.8 - Encerrado os procedimentos acima descritos e ordenadas as ofertas, de acordo com o menor preço apresentado, o Pregoeiro verificará a aceitabilidade da proposta de valor mais baixo comparando-o com os valores consignados no respectivo **Orçamento Prévio**, decidindo, motivadamente, a respeito.

7.9 - Sendo considerada aceitável a proposta comercial da licitante que apresentou o menor preço, o Pregoeiro procederá à abertura de seu Envelope nº 02 - DOCUMENTAÇÃO, para verificação do atendimento das condições de habilitação fixadas no **item 6** e subitens, deste Edital.

7.10 - Constatada a conformidade da documentação com as exigências impostas pelo edital, a licitante será declarada vencedora, sendo-lhe adjudicado o objeto. Caso contrário, o Pregoeiro **inabilitará** as licitantes que não atenderem todos os requisitos relativos à habilitação, exigíveis no **item 6 e seus subitens**, deste Edital.

7.11 - Se a proposta ou o lance de menor preço não for aceitável ou se a licitante desatender às exigências habilitatórias, o Pregoeiro examinará a proposta ou o lance subsequente, verificando a sua aceitabilidade e procedendo à sua habilitação, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma proposta ou lance que atenda ao Edital.

7.11.1 - Ocorrendo a situação referida no **item 7.11**, o Pregoeiro poderá negociar com a licitante para que seja obtido preço melhor.

7.12 - Observando-se o disposto no art. 43, § 3º, da Lei 8.666/93, excepcionalmente, o pregoeiro poderá suspender a Sessão Pública para realizar diligências visando esclarecer dúvidas surgidas acerca da especificação do objeto, ou da documentação apresentada.

7.13 - Caso todas as propostas sejam julgadas desclassificadas (antes da fase de lances verbais) ou todas as licitantes sejam inabilitadas, o Pregoeiro poderá fixar aos licitantes o prazo de 08 (oito) dias úteis para





apresentação de outras propostas ou de nova documentação, escoimadas das causas que ensejaram a sua desqualificação (art. 48, § 3º, da Lei 8.666/93).

7.14 - Encerrado o julgamento das propostas e da habilitação, o pregoeiro declarará o vencedor, proporcionando, a seguir, a oportunidade às licitantes para que manifestem a intenção de recorrer, registrando na ata da Sessão a síntese de suas razões e a concessão do prazo de 03 (três) dias úteis para a apresentação das razões de recurso, bem como o registro de que todas as demais licitantes ficaram intimadas para, querendo, apresentarem contra-razões do recurso em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo da recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

7.14.1 - A falta dessa manifestação, imediata e motivada, importará na decadência do direito de recurso por parte da licitante e a adjudicação do objeto da licitação pelo Pregoeiro ao vencedor.

7.14.2 - A ausência do licitante ou sua saída antes do término da Sessão Pública do Pregão caracterizar-se-á como renúncia ao direito de recorrer.

7.15 - Da Sessão Pública do Pregão será lavrada ata circunstanciada, contendo, sem prejuízo de outros, o registro dos licitantes credenciados, das propostas escritas e verbais apresentadas, na ordem de classificação, da análise da documentação exigida para a habilitação e dos recursos interpostos, estes, em conformidade com as disposições do item acima.

7.15.1 - A Ata Circunstanciada deverá ser assinada pelo Pregoeiro, sua Equipe de Apoio e por todos os licitantes presentes, salvo quando algum representante se ausentar antes do término da Sessão, fato que será devidamente consignado em ata.

7.16 - Caso haja necessidade de adiamento da Sessão Pública, será marcada nova data para continuação dos trabalhos, devendo ficar intimadas, no mesmo ato, as licitantes presentes.

7.17 - O Pregoeiro manterá em seu poder os envelopes com a Documentação de Habilitação das licitantes que não restarem vencedoras de qualquer item do objeto desta Licitação, **pelo prazo de 10 (dez) dias após a assinatura do(s) Contrato(s)**, devendo os seus responsáveis retirá-los em até 05 (cinco) dias após esse período sob pena de inutilização dos mesmos.

8 - DOS CRITÉRIOS DE JULGAMENTO E ADJUDICAÇÃO

8.1 - No julgamento das propostas, será(ão) considerada(s) vencedora(s) a(s) licitante(s) que apresentar(em) o **MENOR PREÇO GLOBAL**, desde que atendidas as especificações constantes deste Edital.

8.2 - No caso de empate entre duas ou mais propostas, e depois de obedecido o disposto no artigo 3º, § 2º, da Lei nº 8.666/93, a classificação será feita, obrigatoriamente, **por sorteio, que será realizado na própria Sessão.**

8.3 - A adjudicação do objeto deste **PREGÃO** será formalizada pelo Pregoeiro, à(s) licitante(s) cuja(s) proposta(s) seja(m) considerada(s) vencedora(s).

8.4 - O resultado da licitação será homologado pela Autoridade Competente.

9 - DO PRAZO, FORMA DE RECEBIMENTO E LOCAL DE ENTREGA DO OBJETO

9.1 - Prazo para execução do serviço é imediatamente após a assinatura do contrato.

9.2 – O acompanhamento e aceite dos serviços será realizado pelo Secretário de Administração e Finanças Sergio Marcio Zanchett.

10 - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA





10.1 – O Município de Abdon Batista efetuará o pagamento do objeto desta licitação, ao(s) licitante(s) vencedor(es) no prazo de até 30 dias após a apresentação das respectivas notas fiscais eletrônicas e mediante a apresentação de todas as CNDS dispostas no item 6 desse edital, por parte do(s) fornecedor(es), devidamente atestada(s) pelo servidor responsável pelo recebimento dos objetos entregues.

10.2 - A(s) despesa(s) decorrente(s) do fornecimento do objeto da presente licitação, correrão à conta da prevista(s) na Lei Orçamentária Anual do Exercício de 2023.

11 - DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

11.1 - Até o segundo dia útil que anteceder a data fixada para o recebimento das propostas, qualquer empresa interessada em participar da licitação poderá impugnar o ato convocatório do Pregão.

11.1.1 - A impugnação será dirigida ao setor de Licitações desta Prefeitura, que a encaminhará, devidamente informada, à Autoridade Competente para apreciação e decisão.

11.2 - Tendo a licitante manifestado a intenção de recorrer na Sessão do Pregão, terá ela o prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação das razões de recurso.

11.3 - O recurso deverá ser dirigido ao Pregoeiro que poderá reconsiderar sua decisão, ou, fazê-lo subir, devidamente informados, para apreciação e decisão.

11.4 - As demais licitantes, já intimadas na Sessão Pública acima referida, terão o prazo de 03 (três) dias úteis para apresentarem as contrarrazões, que começará a correr do término do prazo da recorrente.

11.5 - A manifestação na Sessão Pública e a motivação, no caso de recurso, são pressupostos de admissibilidade dos recursos.

11.6 - Decididos os recursos, o Pregoeiro fará a adjudicação do objeto do certame à(s) licitante(s) vencedora(s).

12 - DO CONTRATO E RESPECTIVA VIGÊNCIA

12.1 - Após a homologação do resultado, será(ão) a(s) vencedora(s) notificada(s) e convocada(s) para, no prazo de **5 (cinco) dias úteis**, assinar(em) o pertinente contrato (minuta constante do **Anexo "V"**), sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no **item 14**, deste Edital.

12.2 - No ato de formalização do contrato, deverá a licitante vencedora indicar pessoa pertencente ao seu quadro funcional, com a qual a Administração poderá obter informações e/ou esclarecimentos, bem como encaminhar quaisquer outras comunicações.

12.3 - Caso o contrato, por qualquer motivo, não venha a ser assinado, a licitante subsequente, na ordem de classificação, será notificada para nova Sessão Pública, na qual o pregoeiro examinará a sua proposta e qualificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma que atenda ao edital, podendo o pregoeiro negociar diretamente com o proponente para que seja obtido preço melhor.

12.4 – Conforme recomendação do Ministério público indica-se o secretario de cada pasta para seguir como responsável do contrato.

13 - DA RESCISÃO CONTRATUAL

13.1 - A inexecução total ou parcial do Contrato decorrente desta licitação ensejará sua rescisão administrativa, nas hipóteses previstas nos arts. 77 e 78 da Lei nº 8.666/93 e posteriores alterações, com as consequências previstas no art. 80 da referida Lei, sem que caiba à empresa contratada direito a qualquer indenização.





13.2 - A rescisão contratual poderá ser:

13.2.1 - determinada por ato unilateral da Administração, nos casos enunciados nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei 8.666/93;

13.2.2 - amigável, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo licitatório, desde que demonstrada conveniência para a Administração.

14 - DAS PENALIDADES

14.1 - A recusa imotivada do adjudicatário em assinar o Instrumento Contratual no prazo assinalado neste edital, **sujeitá-lo-á à multa de 20% (vinte por cento)** sobre o valor total do contrato, contada a partir do primeiro dia após ter expirado o prazo que teria para assinar o contrato, nos termos do presente instrumento convocatório.

14.1.1 - Entende-se por valor total do contrato o montante dos preços totais finais oferecidos pela licitante após a etapa de lances, considerando os itens do objeto que lhe tenham sido adjudicados.

14.2 - A penalidade de multa, prevista no **item 14.1** deste edital, poderá ser aplicada, cumulativamente, com as demais penalidades dispostas na Lei nº 8.666/93, conforme o art. 87, § 2º do mesmo diploma legal.

14.3 - A Administração poderá deixar de aplicar as penalidades previstas nesta cláusula, se admitidas as justificativas apresentadas pela licitante vencedora, nos termos do que dispõe o artigo 43, parágrafo 6º c/c artigo 81, e artigo 87, "caput", da Lei nº 8.666/93.

14.4 - Nos termos do artigo 7º da Lei nº 10.520/2002, se a licitante, convocada dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, poderá ficar impedida de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, e poderá ser descredenciada do SICAF, ou outros sistemas de cadastramento de fornecedores, sem prejuízo das multas previstas neste Edital e das demais cominações legais.

15 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 - Esclarecimentos relativos a presente licitação e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, serão prestados diretamente no Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal de Abdon Batista, no endereço citado no preâmbulo deste Edital, ou através do telefone (0**49) 35451133, de segunda à sexta-feira, das 08:00h às 12:00h, ou pelo e-mail notas@abdonbatista.sc.gov.br / fiscal.tributos@abdonbatista.sc.gov.br.

15.2 - Para agilização dos trabalhos, não interferindo no julgamento das propostas, as licitantes farão constar em sua documentação **endereço eletrônico (e-mail), número de telefone e celular**, bem como o **nome da pessoa indicada para contatos**.

15.3 – O Município de Abdon Batista reserva-se o direito de filmar e/ou gravar as Sessões Públicas deste Pregão.

15.4 – Informações verbais prestadas por integrantes da Administração Municipal de Abdon Batista não serão consideradas como motivos para impugnações.

15.5 – Os casos omissos neste Edital serão resolvidos à luz das disposições contidas nas Leis Federais nº 8.666, de 21 de junho de 1993, Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, Lei Complementar 123, de 15/12/2006, e, se for o caso, conforme disposições da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), Código Civil e legislações pertinentes à matéria.





15.6 - O CONTRATANTE e a CONTRATADA se comprometem a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, conforme prevê a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018).

15.7 – No interesse da Administração, e sem que caiba às participantes qualquer reclamação ou indenização, poderá ser:

- a) adiada a abertura da licitação;
- b) alterados os termos do Edital, obedecendo ao disposto no § 4º do art. 21 da Lei 8.666/93.

15.8 – O foro competente para dirimir possíveis dúvidas e/ou litígios pertinentes ao objeto da presente licitação é o da Comarca de Anita Garibaldi, SC, excluído qualquer outro.

16 – DOS ANEXOS DO EDITAL

16.1 – Integram o presente Edital, dele fazendo parte como se transcritos em seu corpo, os seguintes anexos:

- a) **Anexo “I”** – PREÇO MÁXIMO PERMITIDO POR ITEM; DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÃO DOS DADOS BANCÁRIOS
- b) **Anexo II”** – MODELO DE TERMO DE CREDENCIAMENTO;
- c) **Anexo “III”** – DECLARAÇÃO CONJUNTA;
- d) **Anexo “IV”** – MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INC. VII, DO ART. 4º, DA LEI Nº 10.520/2002;
- e) **Anexo “V”** MINUTA DE CONTRATO.
- f) **Anexo “VI”** TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS.

Abdon Batista/SC, 22 de março de 2023.

Jadir Luiz de Souza
Prefeito Municipal





PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023
PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023

ANEXO "I"

Modelo de Proposta Comercial

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 enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais para os servidores Ativos e Inativos do Município de Abdon Batista/SC e seus dependentes na forma editalícia.

MUNICIPIO DE ABDON BATISTA E FUNDOS MUNICIPAIS				
Faixas etárias	Uniflex Estadual Enfermaria 50% de Coparticipação	TOTAL: Titulares e Dependentes	Uniflex Nacional Enfermaria 50% de Coparticipação	TOTAL: Titulares e Dependentes
00 a 18 anos	130,37		163,38	
19 a 23 anos	162,94		204,22	
24 a 28 anos	205,95		258,16	
29 a 33 anos	243,78		305,48	
34 a 38 anos	286,79		359,40	
39 a 43 anos	338,94		424,73	
44 a 48 anos	393,69		493,34	
49 a 53 anos	447,14		560,36	
54 a 58 anos	521,47		653,48	
59 ou + anos	670,08		839,72	

Segunda via de cartão:	25,84





Valor Total R\$ XXX

Local e data: _____

Carimbo e assinatura do proponente





**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023
PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023**

ANEXO "II"

MODELO DE TERMO DE CREDENCIAMENTO

Razão Social:
Endereço:
Cidade/Estado:
CNPJ:

À Prefeitura Municipal de Abdon Batista, SC

Credenciamos o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, a participar da licitação instaurada pela Prefeitura Municipal de Abdon Batista, SC, na modalidade **PREGÃO PRESENCIAL Nº xx/2023**, na qualidade de **REPRESENTANTE LEGAL**, outorgando-lhe poderes para pronunciar-se em nome da empresa _____, **bem como formular propostas verbais, recorrer e praticar todos os demais atos inerentes ao certame.**

Local, _____ de _____ de 2023.

(nome e assinatura do responsável legal)
(número da carteira de identidade e órgão emissor)





PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023
PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023

ANEXO "III"

A empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, Inscrição Estadual nº _____ sediada (endereço completo) _____, **DECLARA**, sob as penas da lei, para efeitos do Pregão Presencial Nº ... conforme segue:

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS DA QUALIFICAÇÃO

- **DECLARA** para todos os fins de direito, a inexistência de fatos supervenientes impeditivos da qualificação ou que comprometam a idoneidade da proponente nos termos do artigo 32, parágrafo 2º e artigo 97 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações;

DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES

- **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos;

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO VII DO ART. 4º DA LEI Nº 10.520/2002

- **DECLARA** que cumpre plenamente os requisitos de habilitação bem como o cumprimento do **PRAZO DE ENTREGA** dos itens que foi vencedora, conforme o exigido no edital, em atendimento ao inciso VII, do artigo 4º, da Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002;

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

- **DECLARA**, sob as penas da lei, que a empresa não foi declarada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV, do artigo 87 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, bem como que comunicarei qualquer fato ou evento superveniente à entrega dos documentos de habilitação que venha alterar a atual situação quanto à capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e idoneidade econômico-financeira.

DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI PARENTESCO

A empresa (ou pessoa jurídica) _____, inscrita no CNPJ-MF sob n.º _____, através de seu Diretor ou Responsável Legal Sr. (a) _____ declara, especialmente para participação no Pregão Presencial nº xx/2022, que em seu quadro societário não compõe nenhum integrante que tenha parentesco com: Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários, Comissão desta Licitação, Coordenadores ou equivalentes, por matrimônio ou parentesco, afim ou consanguíneo, em primeiro grau, ou por adoção.

Local e data, _____, ____ de _____ de 2023.

nome e assinatura do responsável legal
(carteira de identidade número e órgão emissor)
(número CPF)





PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023
PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023

ANEXO "IV"

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO VII DO ART. 4º DA LEI Nº 10.520/2002 (*)

(*) Este documento deverá ser preenchido e anexado ao Envelope nº 01 – PROPOSTA COMERCIAL (pelo lado externo) ou poderá ser substituído por declaração verbal ao Pregoeiro no início da Sessão.

Razão Social:
Endereço:
Cidade/Estado:
CNPJ:

DECLARAÇÃO

Em atendimento ao inciso VII, do artigo 4º, da Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002, a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, **DECLARA** que cumpre plenamente os requisitos de habilitação exigidos no **PREGÃO PRESENCIAL nº xx/2023**, instaurado pela Prefeitura Municipal de Abdon Batista, SC.

Local, _____ de _____ de 2023.

(nome e assinatura do responsável legal)
(número da carteira de identidade e órgão emissor)





PROCESSO LICITATÓRIO Nº 18/2023
PREGÃO PRESENCIAL Nº 12/2023

ANEXO "V"

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

OPERADORA			REGISTRO ANS
CLASSIFICAÇÃO		CNPJ	
ENDEREÇO			NÚMERO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF

b) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL				
Município de Abdon Batista				
NOME FANTASIA				
Abdon Batista Prefeitura Municipal				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
78.511.052/0001-10				
ENDEREÇO				NÚMERO
R João Santin				30
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
Predio	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

RAZÃO SOCIAL				
Fundo Municipal de Saúde de Abdon Batista				
NOME FANTASIA				
Fundo Municipal de Saúde de Abdon Batista				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
10.509.952/0001-99				
ENDEREÇO				NÚMERO





R Valeriano Demeneck				747
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

RAZÃO SOCIAL				
Fundo Municipal de Assistência Social de Abdon Batista/SC				
NOME FANTASIA				
Fundo Municipal de Assistência Social de Abdon Batista				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
10.359.074/0001-72				
ENDEREÇO				NÚMERO
R João Santin				30
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

c) DADOS DO PLANO

NOME DO PLANO	Nº REGISTRO ANS
Uniflex Estadual Coparticipação 50%	435.117/01-7

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 ao **empresário individual** e as **pessoas jurídicas** que mantenham 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 permanência:

- a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
 - I. **Pessoa jurídica:** contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
 - II. **Empresário Individual:** documentos que demonstrem que a empresa foi constituída há, no mínimo, 06 (seis) meses:
 1. Certificado de Microempreendedor Individual, Requerimento de Empresário Individual ou outros documentos que confirmem a sua inscrição em órgãos competentes.
 2. Regularidade junto à Receita Federal (cartão CNPJ) no momento da contratação.
- b) **Apresentar:**
 - a relação dos funcionários inscritos no FGTS ou documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE;





c) **Preencher e assinar:**

- Contrato e Proposta de Contratação;

d) **Incluir e manter o percentual mínimo de 10% do grupo de colaboradores da CONTRATANTE, desde que aquele percentual corresponda a pelo menos 2 beneficiários. Não mantido o critério, sujeita-se o contrato à aplicação do estabelecido na cláusula Suspensão e Rescisão Contratual.**

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. 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, **inclusive quanto ao fornecimento do número de CPF dos dependentes inscritos no plano, cuja informação se torna obrigatória, conforme Receita Federal a partir dos 14 (quatorze) anos.**

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

Parágrafo Quinto. Em atendimento as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a CONTRATADA solicitará a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE:

- Pessoa Jurídica:** A qualquer momento documentos que atestem a sua condição de regularidade nos órgãos competentes, bem como a comprovação de elegibilidade dos beneficiários.
- Empresário Individual:** Anualmente no mês de aniversário do contrato, a manutenção de sua inscrição nos órgãos competentes e regularidade cadastral junto à Receita Federal, bem como a comprovação de elegibilidade dos beneficiários.

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. Os beneficiários dependentes solteiros inscritos neste plano, listados nos itens “c, d, e” do parágrafo acima, que completarem 24 anos poderão ser mantidos enquanto permanecerem solteiros até o limite de 35 anos, mediante manifestação do(a) CONTRATANTE de desejo de continuidade do plano, ciente dos reajustes anuais das mensalidades e por faixa etária conforme Cláusulas nº 12 e 13.

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

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

Parágrafo Sétimo. 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; e
 - 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

- **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;





- **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
- **Filhos menores de 14 anos:** Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
- **Filhos a partir de 14 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 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 14 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 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 14 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 14 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, respeitadas as:

- a) **Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol;
- b) **Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e
- c) **Protocolo de Utilização – PROUT:** Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

Parágrafo Primeiro. A cobertura deverá ser assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, 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. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;
- 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 anestesiologista, 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;
- ✓ Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.
- b) **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.
- c) 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 de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;
- 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, das próteses e dos 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 contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista 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 com 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 o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- 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, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
 - 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
 - ✓ empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.
- 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 póstuma, 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, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
 - ✓ medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;
 - ✓ Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente.
- g) 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;
- h) 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);
- i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- l) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- m) 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;
- n) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como *home care*;
- o) 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);
- p) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
- q) 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;
- r) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- s) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
- t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- u) os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tem cobertura assegurada quando solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado e as solicitações





realizadas pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.

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.

Parágrafo Quinto. A manutenção do contrato celebrado por empresário individual, dependerá da comprovação da regularidade cadastral nos órgãos competentes, Receita Federal e outros, a qual será aferida a cada aniversário de contrato.

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:

- **Urgência e Emergência**
- **Consultas médicas**
- **Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e**

CARÊNCIAS

24 horas

30 dias





contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia

	30 dias
• Consultas/sessões de Fisioterapias	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, **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
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, 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:** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitido pelo 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.
- c) **Em caso de procedimentos que contenham Diretrizes de Utilização (DUT):** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitidos pelo médico que solicitou ou realizou o procedimento, atestando e comprovando que o beneficiário cumpre a DUT.

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 título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada **em conjunto** com a mensalidade do plano de saúde. A coparticipação incidirá sobre os seguintes serviços/procedimentos:

- 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.

Parágrafo Primeiro. A coparticipação será de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, disponível no endereço eletrônico XXXXXX observado o limite máximo de R\$ xxxxx (xxxx) por serviço/procedimento realizado.

Parágrafo Segundo. Os valores constantes na Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA e respectivos limites máximos serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

Parágrafo Terceiro. 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 Quarto. 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 resilição deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE a imediata devolução dos cartões individuais de identificação do plano de saúde, pois os atendimentos realizados a partir da data de exclusão são considerados indevidos e as despesas decorrentes, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade do(a) CONTRATANTE.

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\$ 21,49 (vinte e





um reais e quarenta e nove centavos), 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 profissional solicitante, pelo médico da operadora e por um desempatador, escolhido dentre os profissionais indicados pela CONTRATADA na notificação, sendo os honorários do desempatador custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos assistenciais oficiais e medicina baseada em evidência, observadas as regras abaixo:

- a) O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente serão devidamente notificados pela CONTRATADA sobre a abertura do processo de junta médica e a indicação dos profissionais aptos a opinar e dirimir a divergência. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os sugeridos.
- b) Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto a necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. **Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.**
- c) Nas situações acima, a CONTRATADA notificará previamente o beneficiário ou seu responsável legal sobre a data e local para realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados tais como: prazos; condições; entrega dos laudos de exames; e consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.
- d) Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial ou a não realização ou entrega dos resultados de exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da operadora, justificando inclusive a negativa de atendimento quando for o caso.
- e) O parecer do desempatador será acatado pela CONTRATADA, desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento.





- f) É de responsabilidade da CONTRATADA custear as despesas do processo de junta médica, tais como: honorários do profissional da terceira opinião, exames complementares, custos de deslocamento e estadia para realização da junta médica presencial, dentre outros relativos exclusivamente ao processo de junta médica, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

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 as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização:** 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 no atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarada pelo médico assistente, estando assegurado liberação imediata dos procedimentos.

Parágrafo Quinto. Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações:

- a) Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento. Respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- b) No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

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

Parágrafo Oitavo. 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 Nono. 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 Décimo. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio xxxxxxxxxxxxxxxxxxx, sob a indicação de Rede ES01. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site".**

Parágrafo Décimo Primeiro. 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: xxxxxxxxxxxxxxxxxxx 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 Segundo. 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 de Coparticipação da CONTRATADA, referida na cláusula Mecanismo de Regulação, disponível no endereço eletrônico xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, vigente na data do atendimento. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação serão atualizados conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

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 cobrará da CONTRATANTE os valores devidos a título de coparticipação de procedimentos realizados antes da data de exclusão ou valor integral dos atendimentos executados indevidamente após a exclusão dos beneficiários, a partir do conhecimento da CONTRATADA, ou seja, quando forem cobrados pelo prestador de serviço, **dentro do prazo de até 3 (três) anos.**

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 os valores previstos na 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), seguindo os parâmetros abaixo:
 - O IGPM , Índice de Reajuste Técnico e Sinistralidade 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 contrato.





- O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

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

Onde,

Sinistralidade: é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período.

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

$$\text{Sinistralidade} = \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

Onde,

Despesa Assistencial: Soma de todas as Despesas assistências no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: Soma de todos os valores de Coparticipação do período.

Receitas Líquidas do Plano: Soma de todos os valores de Contraprestações do período.

- Portanto, quando a sinistralidade do contrato 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).
- 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.

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

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

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

Onde,

Sinistralidade: é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários do agrupamento, pelas receitas com contraprestações do agrupamento.

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

$$\text{Sinistralidade} = \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

Onde,

Despesa Assistencial: Soma de todas as Despesas assistências do agrupamento com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: Soma de todos os valores de Coparticipação do agrupamento.

Receitas Líquidas do Plano: Soma de todos os valores de Contraprestações do agrupamento.

- 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, de todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados de forma unificada, somada à variação do índice previsto. 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. A CONTRATADA publicará, 30 dias antes da data prevista para a aplicação do reajuste, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste acima previsto. **As referidas informações serão disponibilizadas no Portal de Informações da Pessoa Jurídica Contratante no endereço eletrônico: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação do plano.**

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

Parágrafo Quinto. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA a que se refere à cláusula Mecanismos de Regulação serão atualizados anualmente no mês de janeiro. Os reajustes serão aplicados em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre a operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos nas normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

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	18,34%
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:





- 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 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 franquias pagas únicas 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, assumo 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 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, **pelo valor de tabela de vendas vigente na data da opção**. 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 e dependentes, quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual e também, nas situações abaixo:

I. POR INTERESSE DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- a) mediante solicitação do titular ao(a) CONTRATANTE, devendo este(a) comunicar a CONTRATADA no prazo de até 30 dias do pedido. **Neste caso, a exclusão terá efeito a partir da data de ciência da CONTRATADA.**
- b) o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente a CONTRATADA, caso esta não seja comunicada pelo(a) CONTRATANTE no prazo de 30 dias do pedido a que se refere o item anterior. A exclusão, nesta hipótese, **terá efeito imediato** sem a anuência do(a) CONTRATANTE.

II. POR INTERESSE DO(A) CONTRATANTE, com efeito a partir da data limite estabelecida com a CONTRATADA, para as situações abaixo:

- a) mediante comunicação escrita do(a) CONTRATANTE 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;

III. POR INTERESSE DA CONTRATADA, com efeito a partir da data informada por esta, nas situações abaixo:

- a) 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;
- b) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o(a) CONTRATANTE;
- c) 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 quinquagésimo dia de inadimplência, implicará na exclusão do beneficiário e dependente em atraso;

- d) os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Primeiro. A exclusão do beneficiário titular implica, conseqüentemente, na exclusão dos respectivos dependentes.

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.

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, mediante comunicação prévia.

Parágrafo Primeiro. Na comunicação mencionada no *caput* será estipulado o prazo para quitação das parcelas vencidas, bem como a data da suspensão ou rescisão do contrato em caso de não pagamento.

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

I. Quando celebrado com Pessoa Jurídica:

1. Imotivadamente por iniciativa:

- Da CONTRATADA, somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de 60 (sessenta) dias.
- Do(a) CONTRATANTE, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à CONTRATADA com 60 dias de antecedência, observado o disposto no parágrafo terceiro abaixo.

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





- a. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
- c. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
- d. 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 sexto.

II. Quando celebrado com Empresário Individual:

- 1 Constatada a ilegitimidade do(a) CONTRATANTE no mês de aniversário do contrato, este será rescindido mediante notificação prévia, com 60 (sessenta) dias de antecedência.
 - 1.1 A notificação de rescisão mencionada no item anterior, será efetivada pela CONTRATADA se não for comprovada, no prazo de 60 (sessenta) dias, a regularidade da condição de Empresário Individual nos órgãos competentes, conforme determinado nas Cláusulas: Condições de Admissão e Duração do Contrato.
- 2 Motivadamente por iniciativa da CONTRATADA no mês de aniversário do contrato, mediante a comunicação prévia ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias:
 - a. Qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
 - b. Se verifique a ausência de beneficiários inscritos no contrato; e
 - c. Nas hipóteses de fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE.
 - 2.1 A comunicação mencionará os motivos da rescisão contratual.
- 3 Imotivadamente por parte do(a) CONTRATANTE, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à CONTRATADA com 60 dias de antecedência, observado o disposto no parágrafo terceiro abaixo.

Parágrafo Terceiro. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do(a) CONTRATANTE (Pessoa Jurídica e Empresário Individual) 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.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato em tempo hábil para que os beneficiários possam exercer a opção de contratação de plano individual ou familiar nos termos do item II da cláusula “Regras para Planos Coletivos”.

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

Parágrafo Sexto. 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.





Parágrafo Sétimo. 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 de atendimentos ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao(à) CONTRATANTE.

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 e Tabela de Referência de Coparticipação.

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.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA disponibilizará acesso individualizado para titulares e dependentes ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, disponível no endereço eletrônico: xxxxxxxxxxxxxxxx devendo a CONTRATANTE realizar a comunicação aos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA disponibilizará a Tabela de Referência de Coparticipação atualizada no endereço eletrônico: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, sendo responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários acerca da mesma.

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) 3214-8080 / (51) 3214-8000





- 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 – CANAIS DE ATENDIMENTO

A CONTRATADA disponibiliza canais de atendimento presencial e telefônico, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações. Os canais de atendimento telefônico (SAC e Ouvidoria) estão informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s). E o endereço para atendimento presencial estão informados na nossa página: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

- **SAC:** Atendimento telefônico gratuito e funciona 24 horas nos 7 dias da semana.
- **Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS:** Acesso às informações cadastrais; atualização cadastral, guia médico, despesas assistenciais com o plano, cancelamento do plano, 2º via de boleto de pagamento, demonstrativo para o Imposto de Renda, chat online para deficientes auditivos e de fala, entre outros. Disponível no endereço eletrônico: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- **Correspondências:** As demandas por meio de correio podem ser remetidas à CONTRATADA no endereço da sede: xx
- **Ouvidoria:** Tem o compromisso de reanalisar e orientar os beneficiários que já registraram a sua manifestação ao SAC e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação.

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.

Abdon Batista, 22 de março de 2023.

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:





1 - _____

Nome:

CPF:

2 - _____

Nome:

CPF:

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE	33
CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO	35
CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	35
CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	39
CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA.....	46
CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO	48
CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA	48
CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	49
CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO.....	51
CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	55
CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	61
CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE	62
CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA.....	65
CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS.....	66
CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	68
CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL.....	69
CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS	71
CLÁUSULA 18ª - FORO	72





**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADICIONAIS A PLANO DE SAÚDE UNIFLEX ESTADUAL COLETIVO -
CONTRATO N° _____**

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA			REGISTRO ANS
CLASSIFICAÇÃO		CNPJ	
ENDEREÇO			NÚMERO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF

QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL				
Município de Abdon Batista				
NOME FANTASIA				
Abdon Batista Prefeitura Municipal				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
78.511.052/0001-10				
ENDEREÇO				NÚMERO
R João Santin				30
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
Predio	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

RAZÃO SOCIAL				
Fundo Municipal de Saúde de Abdon Batista				
NOME FANTASIA				
Fundo Municipal de Saúde de Abdon Batista				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
10.509.952/0001-99				
ENDEREÇO				NÚMERO
R Valeriano Demeneck				747
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

RAZÃO SOCIAL				
Fundo Municipal de Assistência Social de Abdon Batista/SC				
NOME FANTASIA				
Fundo Municipal de Assistência Social de Abdon Batista				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
10.359.074/0001-72				
ENDEREÇO				NÚMERO
R João Santin				30
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC





1) SERVIÇOS ASSEGURADOS E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO.

Também estão cobertas pelo contrato as coberturas adicionais, não previstas na Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a saber:

I. TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA.

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência está à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia. O atendimento será efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central Estadual de Regulação Médica e Transporte, observadas as limitações de cobertura contratuais e o prazo de 60 dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo beneficiário.

Parágrafo Primeiro. Além do transporte terrestre de um hospital para outro com maiores recursos, cuja cobertura já está assegurada na cláusula de remoção de seu plano de saúde, também é assegurado o transporte:

- a) aéreo, de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessário para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica de cobertura prevista no seu contrato de assistência à saúde.
- b) terrestre ou aéreo, quando necessária a remoção em transporte especializado nos seguintes casos:
 - b1) de um hospital dentro da área de abrangência geográfica de cobertura prevista no plano de saúde para outro na cidade em que reside para continuidade do tratamento médico, dentro da área de abrangência geográfica de cobertura do plano;
 - b2) de um hospital fora da área de abrangência geográfica de cobertura prevista no plano de saúde, para outro localizado na área de abrangência geográfica de cobertura do plano, para continuidade do tratamento médico;
 - b3) nos casos de alta hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, para sua cidade de domicílio, desde que dentro da área de abrangência geográfica de cobertura do plano.

Parágrafo Segundo. Para a utilização do serviço, o paciente deve estar internado em situação que exija transporte especial, situação esta que será indicada pelo médico assistente e que deverá ser avaliada pela Central Estadual de Regulação Médica e Transporte quando da solicitação de remoção.

Parágrafo Terceiro. A definição quanto à utilização do meio aéreo ou terrestre é incumbência da Central Estadual de Regulação Médica e Transporte médica que avaliará em conjunto com o diretor médico operacional o melhor meio de transporte, valorizando a patologia e as condições de saúde do transportado, bem como condições meteorológicas e infra-estrutura aéreo-rodoviária.

Parágrafo Quarto. A equipe médica responsável pelo transporte avaliará as condições do paciente com o objetivo de certificar a existência de eventuais contraindicações que impeçam o transporte aéreo e terrestre e/ou imponham riscos ao paciente.

Parágrafo Quinto. O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões





envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC) do Ministério da Aeronáutica.

Parágrafo Sexto. O transporte e a internação do paciente para outro hospital necessitará de autorização prévia, salvo nos casos de urgência ou emergência.

Parágrafo Sétimo. As aeronaves e ambulâncias terrestres UTI estão equipadas em conformidade com o disposto nos itens 3.4 e 3.5.2 da Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde e Resoluções nº 1.671/2003 e 1.672/2003 do Conselho Federal de Medicina – CFM.

Parágrafo Oitavo. Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, independente de qualquer motivo.

II. FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (FEA)

Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes, têm direito aos serviços previstos neste plano, pelo prazo de até 3 (três) anos contados a partir do dia seguinte a data do óbito do titular, sem exigência de pagamento das mensalidades, ficando mantida a cobrança dos valores relativos à coparticipação nas despesas assistenciais previstas na cláusula “Mecanismos de Regulação”, quando houver, do contrato de plano de saúde originalmente assinado pelo CONTRATANTE.

Parágrafo Primeiro. Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 3 (três) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o beneficiário fosse vivo, conforme definição na Cláusula Condições de Admissão ou inadimplirem o pagamento de coparticipação nas despesas assistenciais, quando houver previsão de cobrança no contrato de plano de saúde.

Parágrafo Segundo. O direito ao FEA não se efetuará:

- a) se na data do óbito as mensalidades não estiverem em dia;
- b) se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- c) para os beneficiários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;
- d) para os beneficiários que, mesmo inscritos na qualidade de beneficiários dependentes, não atendam às condições estabelecidas na Cláusula Condições de Admissão por ocasião do óbito do beneficiário titular.

Parágrafo Terceiro. Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA, desde que regularmente inscritos no plano de saúde conforme Cláusula Condições de Admissão do contrato de plano de saúde e segundo regulamento próprio:

- a) o cônjuge;
- b) a companheira ou companheiro, desde que haja 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 Quarto. Os demais dependentes inscritos no plano de saúde, não listados no parágrafo anterior e aqueles mantidos no contrato de plano de saúde a partir dos 24 anos (Cláusula Condições de Admissão, inciso II, parágrafo segundo), não terão direito ao benefício do FEA.

Parágrafo Quinto. O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Sexto. O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos beneficiários dependentes, no prazo de até 30 (trinta) dias após o óbito do titular, do Atestado e Certidão de Óbito do beneficiário titular, além dos documentos necessários à comprovação da dependência.

Parágrafo Sétimo. Os cartões individuais de identificação dos beneficiários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela identificação pessoal do FEA e a assistência médica hospitalar será prestada pela xxxxxx do Estado de Santa Catarina, responsável pelo custo assistencial durante o benefício do FEA.

Parágrafo Oitavo. Conforme normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em caso de morte do titular do contrato de plano de saúde, o(s) dependente(s) vinculado(s) poderá (ão) exercer a portabilidade especial de carências para um plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em qualquer operadora, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, desde que atendidas as regras previstas na referida norma. Excepcionalmente, em razão do benefício de remissão, o direito a portabilidade especial de carências poderá ser exercido em até 60 dias após a data de término do benefício do FEA.

Parágrafo Nono. A permanência ou inscrição do(s) dependente(s) no plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão requer comprovação do vínculo destes com o empresário individual contratante ou pessoa jurídica contratante do plano de saúde, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Décimo. O presente benefício se extinguirá a partir do óbito do titular do plano de saúde e conseqüente gozo do benefício do FEA pelos respectivos dependentes legais inscritos.

2) VIGÊNCIA CONTRATUAL

O presente contrato terá prazo indeterminado de vigência.

Parágrafo Primeiro. Tratando-se de prestação de serviços adicionais a Plano de Saúde, a vigência do presente contrato subordina-se à vigência do Plano de Saúde, rescindindo-se, automaticamente, por quaisquer das causas que motivarem a rescisão daquele.

Parágrafo Segundo. De igual forma, a eventual suspensão do atendimento do Plano de Saúde implicará na suspensão dos direitos aqui contratados.





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

Abdon Batista, 22 de março de 2023.

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS: 1 - _____

Nome:

CPF:

2 - _____

Nome:

CPF:





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

OPERADORA			REGISTRO ANS	
CLASSIFICAÇÃO		CNPJ		
ENDEREÇO				NÚMERO
				125
BAIRRO	CEP	CIDADE		UF
				SC

b) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL				
Município de Abdon Batista				
NOME FANTASIA				
Abdon Batista Prefeitura Municipal				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
78.511.052/0001-10				
ENDEREÇO				NÚMERO
R João Santin				30
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
Predio	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

RAZÃO SOCIAL				
Fundo Municipal de Saúde de Abdon Batista				
NOME FANTASIA				
Fundo Municipal de Saúde de Abdon Batista				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
10.509.952/0001-99				
ENDEREÇO				NÚMERO
R Valeriano Demeneck				747
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

RAZÃO SOCIAL				
Fundo Municipal de Assistência Social de Abdon Batista/SC				
NOME FANTASIA				
Fundo Municipal de Assistência Social de Abdon Batista				





CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
10.359.074/0001-72				
ENDEREÇO				NÚMERO
R João Santin				30
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

c) DADOS DO PLANO

NOME DO PLANO	Nº REGISTRO ANS
Uniflex Nacional Coparticipação 50%	435.147/01-9

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 ao **empresário individual** e as **pessoas jurídicas** que mantenham 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 permanência:

- e) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
- III. **Pessoa jurídica:** contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;
 - IV. **Empresário Individual:** documentos que demonstrem que a empresa foi constituída há, no mínimo, 06 (seis) meses:
 3. Certificado de Microempreendedor Individual, Requerimento de Empresário Individual ou outros documentos que confirmem a sua inscrição em órgãos competentes.
 4. Regularidade junto à Receita Federal (cartão CNPJ) no momento da contratação.
- f) **Apresentar:**
- a relação dos funcionários inscritos no FGTS ou documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE;
- g) **Preencher e assinar:**
- Contrato e Proposta de Contratação;
- h) **Incluir e manter o percentual mínimo de 10% do grupo de colaboradores da CONTRATANTE, desde que aquele percentual corresponda a pelo menos 2 beneficiários. Não mantido o critério, sujeita-se o contrato à aplicação do estabelecido na cláusula Suspensão e Rescisão Contratual.**





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. 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, **inclusive quanto ao fornecimento do número de CPF dos dependentes inscritos no plano, cuja informação se torna obrigatória, conforme Receita Federal a partir dos 14 (quatorze) anos.**

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

Parágrafo Quinto. Em atendimento as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a CONTRATADA solicitará a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE:

- III. **Pessoa Jurídica:** A qualquer momento documentos que atestem a sua condição de regularidade nos órgãos competentes, bem como a comprovação de elegibilidade dos beneficiários.
- IV. **Empresário Individual:** Anualmente no mês de aniversário do contrato, a manutenção de sua inscrição nos órgãos competentes e regularidade cadastral junto à Receita Federal, bem como a comprovação de elegibilidade dos beneficiários.

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. Os beneficiários dependentes solteiros inscritos neste plano, listados nos itens “c, d, e” do parágrafo acima, que completarem 24 anos poderão ser mantidos enquanto permanecerem solteiros até o limite de 35 anos, mediante manifestação do(a) CONTRATANTE de desejo de continuidade do plano, ciente dos reajustes anuais das mensalidades e por faixa etária conforme Cláusulas nº 12 e 13.

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

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





Parágrafo Sétimo. 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; e
 - 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

- **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;
- **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
- **Filhos menores de 14 anos:** Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
- **Filhos a partir de 14 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 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 14 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 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 14 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 14 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, respeitadas as:

- d) **Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol;
- e) **Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e
- f) **Protocolo de Utilização – PROUT:** Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

Parágrafo Primeiro. A cobertura deverá ser assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, 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. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;
- 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 anesthesiologista, 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:
- d) 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;





- ✓ Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.
 - e) **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.
 - f) 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 de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- c) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - d) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;
- 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, das próteses e dos 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 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
- 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 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;
- 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 à saúde.
- 40) 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;
- 41) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 42) 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 justificada do médico ou do cirurgião-dentista 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 com deficiências.
- 43) 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;
- 44) 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:

- c) 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;
 - 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:**
- m. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
 - n. 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;
 - o. 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;
 - p. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
 - q. hemoterapia;
 - r. nutrição parenteral ou enteral;
 - s. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;





- t. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - u. radiologia intervencionista;
 - v. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - w. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - x. 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 o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- 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, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

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:

- 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
 - ✓ empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.
- 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 póstuma, 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, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
 - ✓ medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados





- ao tratamento oncológico, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;
- ✓ Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente.
 - g) 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;
 - h) 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);
 - i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - j) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - k) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
 - l) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - m) 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;
 - n) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como *home care*;
 - o) 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);
 - p) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
 - q) 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;
 - r) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - s) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;
 - t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
 - u) os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tem cobertura assegurada quando solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado e as solicitações realizadas pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.

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.

Parágrafo Quinto. A manutenção do contrato celebrado por **empresário individual**, dependerá da comprovação da regularidade cadastral nos órgãos competentes, Receita Federal e outros, a qual será aferida a cada aniversário de contrato.

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 Fisioterapias	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 consequências 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, **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, 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:

- d) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitido pelo médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
- e) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.
- f) **Em caso de procedimentos que contenham Diretrizes de Utilização (DUT):** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitidos pelo médico que solicitou ou realizou o procedimento, atestando e comprovando que o beneficiário cumpre a DUT.

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 título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada **em conjunto** com a mensalidade do plano de saúde. A coparticipação incidirá sobre os seguintes serviços/procedimentos:

- 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.

Parágrafo Primeiro. A coparticipação será de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, disponível no endereço eletrônico XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, observado o limite máximo de R\$ XXXXXXXX por serviço/procedimento realizado.

Parágrafo Segundo. Os valores constantes na Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA e respectivos limites máximos serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

Parágrafo Terceiro. 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 Quarto. 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 a imediata devolução dos cartões individuais de identificação do plano de saúde, pois os atendimentos realizados a partir da data de exclusão são considerados indevidos e as despesas decorrentes, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade do(a) CONTRATANTE.

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 RXXXXX, 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 profissional solicitante, pelo médico da operadora e por um desempatador, escolhido dentre os profissionais indicados pela CONTRATADA na notificação, sendo os honorários do desempatador custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos assistenciais oficiais e medicina baseada em evidência, observadas as regras abaixo:

- a) O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente serão devidamente notificados pela CONTRATADA sobre a abertura do processo de junta médica e a indicação dos profissionais aptos a opinar e dirimir a divergência. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os sugeridos.
- b) Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto a necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. **Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.**
- c) Nas situações acima, a CONTRATADA notificará previamente o beneficiário ou seu responsável legal sobre a data e local para realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados tais como: prazos; condições; entrega dos laudos de exames; e consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.
- d) Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial ou a não realização ou entrega dos resultados de exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da operadora, justificando inclusive a negativa de atendimento quando for o caso.
- e) O parecer do desempatador será acatado pela CONTRATADA, desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento.
- f) É de responsabilidade da CONTRATADA custear as despesas do processo de junta médica, tais como: honorários do profissional da terceira opinião, exames complementares, custos de deslocamento e estadia para realização da junta médica presencial, dentre outros relativos exclusivamente ao





processo de junta médica, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

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 as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização: 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 no atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarada pelo médico assistente, estando assegurada liberação imediata dos procedimentos.

Parágrafo Quinto. Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações:

- c) Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento. Respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- d) No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

Parágrafo Sexto. 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 Sétimo. 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 XXXX mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Oitavo. 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 Nono. 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 Décimo. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio XXXXXXXX sob a indicação de Rede NA04. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site", conforme previsto na Cláusula Disposições Gerais.**

Parágrafo Décimo Primeiro. 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: XXXXXXXX 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 Segundo. 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 de Coparticipação da CONTRATADA, referida na cláusula Mecanismo de Regulação, disponível no endereço eletrônico XXXXXXXXXX, vigente na data do atendimento. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação serão atualizados conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

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 cobrará da CONTRATANTE os valores devidos a título de coparticipação





de procedimentos realizados antes da data de exclusão ou valor integral dos atendimentos executados indevidamente após a exclusão dos beneficiários, a partir do conhecimento da CONTRATADA, ou seja, quando forem cobrados pelo prestador de serviço, **dentro do prazo de até 3 (três) anos**.

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 os valores previstos na Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme parâmetros abaixo:

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

- c) 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), seguindo os parâmetros abaixo:
 - O IGPM, Índice de Reajuste Técnico e Sinistralidade 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 contrato.
 - O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

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





Onde,

Sinistralidade: é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários pelas receitas com contraprestações do período.

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

$$\text{Sinistralidade} = \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

Onde,

Despesa Assistencial: Soma de todas as Despesas assistências no período com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: Soma de todos os valores de Coparticipação do período.

Receitas Líquidas do Plano: Soma de todos os valores de Contraprestações do período.

- Portanto, quando a sinistralidade do contrato 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).
- d) 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.

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

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

Onde,

Sinistralidade: é o índice resultante da divisão entre as despesas com atendimento à saúde dos beneficiários do agrupamento, pelas receitas com contraprestações do agrupamento.

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

$$\text{Sinistralidade} = \left(\frac{\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação}}{\text{Receitas Líquidas do Plano}} \right) * 100$$

Onde,

Despesa Assistencial: Soma de todas as Despesas assistências do agrupamento com prestadores, fornecedores de serviços em saúde, reembolso, ressarcimento ao SUS e processos judiciais dessa natureza.

Coparticipação: Soma de todos os valores de Coparticipação do agrupamento.

Receitas Líquidas do Plano: Soma de todos os valores de Contraprestações do agrupamento.

- 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, de todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados de forma unificada, somada à variação do índice previsto. 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. A CONTRATADA publicará, 30 dias antes da data prevista para a aplicação do reajuste, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste acima previsto. **As referidas informações serão disponibilizadas no Portal de Informações da Pessoa Jurídica Contratante no endereço eletrônico: XXXXXXXXXX, com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação do plano.**

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

Parágrafo Quinto. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA a que se refere à cláusula Mecanismos de Regulação serão atualizados anualmente no mês de janeiro. Os reajustes serão aplicados em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre a operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos nas normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

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	18,34%
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 franquias pagas únicas 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, assumo 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 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, **pelo valor de tabela de vendas vigente na data da opção**. 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 e dependentes, quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual e também, nas situações abaixo:

IV. POR INTERESSE DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- c) mediante solicitação do titular ao(a) CONTRATANTE, devendo este(a) comunicar a CONTRATADA no prazo de até 30 dias do pedido. **Neste caso, a exclusão terá efeito a partir da data de ciência da CONTRATADA.**
- d) o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente a CONTRATADA, caso esta não seja comunicada pelo(a) CONTRATANTE no prazo de 30 dias do pedido a que se refere o item anterior. A exclusão, nesta hipótese, **terá efeito imediato** sem a anuência do(a) CONTRATANTE.

V. POR INTERESSE DO(A) CONTRATANTE, com efeito a partir da data limite estabelecida com a CONTRATADA, para as situações abaixo:

- c) mediante comunicação escrita do(a) CONTRATANTE remetida à CONTRATADA;
- d) 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;

VI. POR INTERESSE DA CONTRATADA, com efeito a partir da data informada por esta, nas situações abaixo:

- e) 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;
- f) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o(a) CONTRATANTE;
- g) 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 quinquagésimo dia de inadimplência, implicará na exclusão do beneficiário e dependente em atraso;**
- h) os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.





Parágrafo Primeiro. A exclusão do beneficiário titular implica, conseqüentemente, na exclusão dos respectivos dependentes.

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 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.

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, mediante comunicação prévia.

Parágrafo Primeiro. Na comunicação mencionada no *caput* será estipulado o prazo para quitação das parcelas vencidas, bem como a data da suspensão ou rescisão do contrato em caso de não pagamento.

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

III. Quando celebrado com Pessoa Jurídica:

3. Imotivadamente por iniciativa:

- c. Da CONTRATADA, somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de 60 (sessenta) dias.
- d. Do(a) CONTRATANTE, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à CONTRATADA com 60 dias de antecedência, observado o disposto no parágrafo terceiro abaixo.

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

- e. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- f. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;





- g. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
- h. 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 sexto.

IV. Quando celebrado com Empresário Individual:

- 4 Constatada a ilegitimidade do(a) CONTRATANTE no mês de aniversário do contrato, este será rescindido mediante notificação prévia, com 60 (sessenta) dias de antecedência.
 - 4.1 A notificação de rescisão mencionada no item anterior, será efetivada pela CONTRATADA se não for comprovada, no prazo de 60 (sessenta) dias, a regularidade da condição de Empresário Individual nos órgãos competentes, conforme determinado nas Cláusulas: Condições de Admissão e Duração do Contrato.
- 5 Motivadamente por iniciativa da CONTRATADA no mês de aniversário do contrato, mediante a comunicação prévia ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias:
 - d. Qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
 - e. Se verifique a ausência de beneficiários inscritos no contrato; e
 - f. Nas hipóteses de fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE.
- 5.1 A comunicação mencionará os motivos da rescisão contratual.
- 6 Imotivadamente por parte do(a) CONTRATANTE, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à CONTRATADA com 60 dias de antecedência, observado o disposto no parágrafo terceiro abaixo.

Parágrafo Terceiro. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do(a) CONTRATANTE (Pessoa Jurídica e Empresário Individual) 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.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato em tempo hábil para que os beneficiários possam exercer a opção de contratação de plano individual ou familiar nos termos do item II da cláusula “Regras para Planos Coletivos”.

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

Parágrafo Sexto. 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.

Parágrafo Sétimo. 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 de atendimentos ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao(a) CONTRATANTE.





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 e Tabela de Referência de Coparticipação.

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.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA disponibilizará acesso individualizado para titulares e dependentes ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, disponível no endereço eletrônico: XXXXXXXX devendo a CONTRATANTE realizar a comunicação aos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA disponibilizará a Tabela de Referência de Coparticipação atualizada no endereço eletrônico: XXXXXXXX, sendo responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários acerca da mesma.

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 – PROBABY; 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;

Parágrafo Quarto. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional XXXX, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico acima referido, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do Sistema XXXXX, o que não implica em obrigação da CONTRATADA em prestar serviços nos referidos prestadores.

III - SIGILO MÉDICO

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

IV - CANAIS DE ATENDIMENTO

A CONTRATADA disponibiliza canais de atendimento presencial e telefônico, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações. Os canais de atendimento telefônico (SAC e Ouvidoria) estão informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s). E o endereço para atendimento presencial estão informados na nossa página: XXXXXXXXX

- **SAC:** Atendimento telefônico gratuito e funciona 24 horas nos 7 dias da semana.
- **Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS:** Acesso às informações cadastrais; atualização cadastral, guia médico, despesas assistenciais com o plano, cancelamento do plano, 2º via de boleto de pagamento, demonstrativo para o Imposto de Renda, chat online para deficientes auditivos e de fala, entre outros. Disponível no endereço eletrônico: XXXXXXXXXXXXXXXX
- **Correspondências:** As demandas por meio de correio podem ser remetidas à CONTRATADA no endereço da sede: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- **Ouvidoria:** Tem o compromisso de reanalisar e orientar os beneficiários que já registraram a sua manifestação ao SAC e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação.

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.

Abdon Batista, 22 de março de 2023.

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

1 - _____

Nome:

CPF:

2 - _____

Nome:

CPF:

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE	79
CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO	80
CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	81
CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	85
CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA	92
CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO	94
CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA	94
CLÁUSULA 8ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	95
CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO	97
CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	101
CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	106
CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE	108
CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA	111
CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS	112
CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	114





CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL.....	115
CLÁUSULA 17ª - DISPOSIÇÕES GERAIS	117
CLÁUSULA 18ª - FORO	118





**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADICIONAIS A PLANO DE SAÚDE UNIFLEX NACIONAL COLETIVO -
CONTRATO N°. _____**

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA			REGISTRO ANS	
CLASSIFICAÇÃO		CNPJ		
ENDEREÇO				NÚMERO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF	

QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL				
Município de Abdon Batista				
NOME FANTASIA				
Abdon Batista Prefeitura Municipal				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
78.511.052/0001-10				
ENDEREÇO				NÚMERO
R João Santin				30
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
Predio	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

RAZÃO SOCIAL				
Fundo Municipal de Saúde de Abdon Batista				
NOME FANTASIA				
Fundo Municipal de Saúde de Abdon Batista				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
10.509.952/0001-99				
ENDEREÇO				NÚMERO
R Valeriano Demeneck				747
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC

RAZÃO SOCIAL				
Fundo Municipal de Assistência Social de Abdon Batista/SC				
NOME FANTASIA				
Fundo Municipal de Assistência Social de Abdon Batista				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
10.359.074/0001-72				
ENDEREÇO				NÚMERO
R João Santin				30
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
	Centro	89636-000	Abdon Batista	SC





1) SERVIÇOS ASSEGURADOS E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO.

Também estão cobertas pelo contrato as coberturas adicionais, não previstas na Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a saber:

I. TRANSPORTE TERRESTRE E AEROMÉDICO DE URGÊNCIA.

O serviço de transporte terrestre e aeromédico de urgência está à disposição durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia. O atendimento será efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, de acordo com a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central Estadual de Regulação Médica e Transporte, observadas as limitações de cobertura contratuais e o prazo de 60 dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo beneficiário.

Parágrafo Primeiro. Além do transporte terrestre de um hospital para outro com maiores recursos, cuja cobertura já está assegurada na cláusula de remoção de seu plano de saúde, também é assegurado o transporte:

- c) aéreo, de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessário para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica de cobertura prevista no seu contrato de assistência à saúde.
- d) terrestre ou aéreo, quando necessária a remoção em transporte especializado nos seguintes casos:
 - b1) de um hospital dentro da área de abrangência geográfica de cobertura prevista no plano de saúde para outro na cidade em que reside para continuidade do tratamento médico, dentro da área de abrangência geográfica de cobertura do plano;
 - b2) de um hospital fora da área de abrangência geográfica de cobertura prevista no plano de saúde, para outro localizado na área de abrangência geográfica de cobertura do plano, para continuidade do tratamento médico;
 - b3) nos casos de alta hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, para sua cidade de domicílio, desde que dentro da área de abrangência geográfica de cobertura do plano.

Parágrafo Segundo. Para a utilização do serviço, o paciente deve estar internado em situação que exija transporte especial, situação esta que será indicada pelo médico assistente e que deverá ser avaliada pela Central Estadual de Regulação Médica e Transporte quando da solicitação de remoção.

Parágrafo Terceiro. A definição quanto à utilização do meio aéreo ou terrestre é incumbência da Central Estadual de Regulação Médica e Transporte médica que avaliará em conjunto com o diretor médico operacional o melhor meio de transporte, valorizando a patologia e as condições de saúde do transportado, bem como condições meteorológicas e infra-estrutura aéreo-rodoviária.

Parágrafo Quarto. A equipe médica responsável pelo transporte avaliará as condições do paciente com o objetivo de certificar a existência de eventuais contraindicações que impeçam o transporte aéreo e terrestre e/ou imponham riscos ao paciente.





Parágrafo Quinto. O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infra-estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil (DAC) do Ministério da Aeronáutica.

Parágrafo Sexto. O transporte e a internação do paciente para outro hospital necessitará de autorização prévia, salvo nos casos de urgência ou emergência.

Parágrafo Sétimo. As aeronaves e ambulâncias terrestres UTI estão equipadas em conformidade com o disposto nos itens 3.4 e 3.5.2 da Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde e Resoluções nº 1.671/2003 e 1.672/2003 do Conselho Federal de Medicina – CFM.

Parágrafo Oitavo. Os serviços não serão executados nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, independente de qualquer motivo.

II. FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL (FEA)

Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes, têm direito aos serviços previstos neste plano, pelo prazo de até 3 (três) anos contados a partir do dia seguinte a data do óbito do titular, sem exigência de pagamento das mensalidades, ficando mantida a cobrança dos valores relativos à coparticipação nas despesas assistenciais previstas na cláusula “Mecanismos de Regulação”, quando houver, do contrato de plano de saúde originalmente assinado pelo CONTRATANTE.

Parágrafo Primeiro. Perderá imediatamente referido benefício o dependente que, no curso dos 3 (três) anos, deixar de apresentar as condições que o autorizariam a ingressar no plano na qualidade de dependente, caso o beneficiário fosse vivo, conforme definição na Cláusula Condições de Admissão ou inadimplirem o pagamento de coparticipação nas despesas assistenciais, quando houver previsão de cobrança no contrato de plano de saúde.

Parágrafo Segundo. O direito ao FEA não se efetuará:

- e) se na data do óbito as mensalidades não estiverem em dia;
- f) se o falecimento do titular ocorrer nos primeiros 6 (seis) meses de vigência da cobertura individual;
- g) para os beneficiários dependentes cuja cobertura individual tenha iniciada há menos de 6 (seis) meses da data do falecimento do titular;
- h) para os beneficiários que, mesmo inscritos na qualidade de beneficiários dependentes, não atendam às condições estabelecidas na Cláusula Condições de Admissão por ocasião do óbito do beneficiário titular.

Parágrafo Terceiro. Consideram-se dependentes aptos a participarem do FEA, desde que regularmente inscritos no plano de saúde conforme Cláusula Condições de Admissão do contrato de plano de saúde e segundo regulamento próprio:

- g) o cônjuge;
- h) a companheira ou companheiro, desde que haja união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- i) os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- j) os enteados solteiros até 24 anos incompletos;





- k) a criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- l) incapazes a partir de 24 anos: Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular.

Parágrafo Quarto. Os demais dependentes inscritos no plano de saúde, não listados no parágrafo anterior e aqueles mantidos no contrato de plano de saúde a partir dos 24 anos (Cláusula Condições de Admissão, inciso II, parágrafo segundo), não terão direito ao benefício do FEA.

Parágrafo Quinto. O direito ao FEA também é conferido ao nascituro considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil, desde que inscrito conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Sexto. O direito ao FEA fica condicionado à apresentação, pelos beneficiários dependentes, no prazo de até 30 (trinta) dias após o óbito do titular, do Atestado e Certidão de Óbito do beneficiário titular, além dos documentos necessários à comprovação da dependência.

Parágrafo Sétimo. Os cartões individuais de identificação dos beneficiários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela identificação pessoal do FEA e a assistência médica hospitalar será prestada pela XXXXX do Estado de Santa Catarina, responsável pelo custo assistencial durante o benefício do FEA.

Parágrafo Oitavo. Conforme normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em caso de morte do titular do contrato de plano de saúde, o(s) dependente(s) vinculado(s) poderá (ão) exercer a portabilidade especial de carências para um plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em qualquer operadora, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, desde que atendidas as regras previstas na referida norma. Excepcionalmente, em razão do benefício de remissão, o direito a portabilidade especial de carências poderá ser exercido em até 60 dias após a data de término do benefício do FEA.

Parágrafo Nono. A permanência ou inscrição do(s) dependente(s) no plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão requer comprovação do vínculo destes com o empresário individual contratante ou pessoa jurídica contratante do plano de saúde, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo Décimo. O presente benefício se extinguirá a partir do óbito do titular do plano de saúde e conseqüente gozo do benefício do FEA pelos respectivos dependentes legais inscritos.

2) VIGÊNCIA CONTRATUAL

O presente contrato terá prazo indeterminado de vigência.

Parágrafo Primeiro. Tratando-se de prestação de serviços adicionais a Plano de Saúde, a vigência do presente contrato subordina-se à vigência do Plano de Saúde, rescindindo-se, automaticamente, por quaisquer das causas que motivarem a rescisão daquele.

Parágrafo Segundo. De igual forma, a eventual suspensão do atendimento do Plano de Saúde implicará na suspensão dos direitos aqui contratados.





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

Abdon Batista, SC, 22 de março de 2023.

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS: 1 - _____

Nome:

CPF:

2 - _____

Nome:

CPF:





ANEXO VI

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS.

Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar o MUNICIPIO DE ABDON BATISTA a realizar o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades de Processo Licitatório/Contratação.

Local, _____ de _____ de 2023.

(nome e assinatura do responsável legal)

(número da carteira de identidade e órgão emissor)

