TERMO DE CONTRATO Nº 90/2019

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIETÊ
CONTRATADA: UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS
PROCESSO LICITATÓRIO: PREGÃO 57/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO: 1495/2019

Aos vinte dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Tietê, Estado de São Paulo, as partes de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE TIETÊ,** pessoa jurídica de direito público interno, sediada na Praça J.A. Corrêa, 01, Centro, Tietê/SP, cadastrada junto ao Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob nº 46.634.598/0001-71, neste ato representado pelo Excelentíssimo Prefeito Municipal, Sr. Vlamir de Jesus Sandei doravante denominada CONTRATANTE, e, de outro lado, a empresa **UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS**, pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua do Rosário, nº 1870 – Centro, no Município de Piracicaba, Estado de São Paulo, cadastrada junto ao Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda - CNPJ/MF sob o nº 44.803.922/0001-02, e isenta de inscrição estadual, neste ato representado por Carlos Alberto Joussef, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 9.800.389-6, inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda - CPF/MF sob o nº 051.802.028-25, doravante denominada **CONTRATADA**, firmam o presente contrato que se regerá pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, Lei federal 10.520/02, observado os Decretos Municipal nº 5.332/2013, bem como o Edital referido, a proposta da **CONTRATADA**, e as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO DO CONTRATO
2.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde tem por OBJETO a garantia da cobertura dos custos assistenciais médico-hospitalares previstos em cláusula específica, através de rede assistencial própria ou credenciada, a preço pré-estabelecido, por prazo ilimitado, de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde, conforme o previsto no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, aos beneficiários da **CONTRATANTE** regularmente inscritos no presente plano, na forma e condições deste instrumento, através de formulário próprio, que anexo fica fazendo parte integrante para todos os fins de direito.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA NATUREZA JURÍDICA
3.1. A Natureza Jurídica deste contrato é bilateral e de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes na forma do disposto nos arts. 476 e 477 do Código Civil Brasileiro (Lei n.º 10.406/2002) e das disposições do Código de Defesa do Consumidor, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório regulado

pelos arts. 458 a 461 do Código Civil, assumindo a **CONTRATANTE** o risco de não vir a existir a cobertura contratada pela inocorrência do evento.
3.1.1. A contratação do Plano se caracteriza por ser do tipo COLETIVO EMPRESARIAL.

CLÁUSULA QUARTA – DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
4.1. O plano ora contratado está registrado na Agência Nacional de Saúde na segmentação assistencial classificada como AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, prevista nos incisos I, II e III, do art. 12 da Lei nº 9.656/98.

CLÁUSULA QUINTA – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO
5.1. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que os serviços contratados serão prestados na área geográfica de abrangência, qualificada nos termos da legislação vigente como GRUPO DE MUNICÍPIOS, compreendida pelos municípios de Capivari, Cerquilho, Charqueada, Laranjal Paulista, Piracicaba, Rio das Pedras, São Pedro, Porto Feliz e Tietê, todos localizados no Estado de São Paulo.

CLÁUSULA SEXTA – DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO
6.1. O presente contrato garante cobertura às internações hospitalares realizadas no padrão de acomodação COLETIVA, também conhecida como ENFERMARIA.

6.2. Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar em estabelecimento próprio ou credenciado pela **CONTRATADA**, no padrão de acomodação previsto no item 6.1. supra, fica garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

6.3. Caso o beneficiário opte expressamente, no ato da internação, por padrão de acomodação hospitalar superior à prevista no item 6.1. supra, se responsabilizará pelo valor da diferença de custos hospitalares e de honorários médicos, diretamente, perante o hospital e o médico assistente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIOS
7.1. Poderão ser inscritos como beneficiários TITULARES no presente contrato do tipo Coletivo Empresarial, a população delimitada e vinculada à **CONTRATANTE**, por relação abaixo relacionada:

a) Empregados com vínculo celetista ou servidores públicos estatutários;
b) Empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à **CONTRATANTE**, ressalvado o disposto no caput dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

7.1.1. Para a inscrição de beneficiários titulares no presente contrato, é vedado à **CONTRATADA** exigir quaisquer outros requisitos que não os necessários para ingressar na pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

7.2. Consideram-se DEPENDENTES do Beneficiário Titular, para fins e efeitos deste contrato, podendo ser inscritos a qualquer tempo, mediante a comprovação de relação de dependência pela **CONTRATANTE** no momento da inclusão, os abaixo relacionados:

a) Cônjuge;
b) Convivente em união estável, devidamente comprovado na forma da lei;
c) Filhos naturais ou adotivos do titular, solteiros, e até completarem 18 (dezoito) anos;
d) Filhos naturais ou adotivos do titular, solteiros, e até completarem 24 (vinte e quatro) anos, desde que comprovadamente matriculados em curso universitário;
e) Filhos naturais ou adotivos do titular, inválidos, de qualquer idade, desde que comprovada a invalidez permanente, através de documento expedido por Órgão Oficial do Governo (nos termos da Lei nº 8.212 e 8.213/91).

7.2.1. Os enteados, tutelados ou curatelados, e menores sob guarda judicial, são equiparados a filhos para fins deste contrato.

7.3. A **CONTRATANTE** providenciará a inscrição dos beneficiários titulares e seus respectivos dependentes no ato da contratação do plano através de Relação Inicial e, posteriormente, a qualquer tempo, por meio de Fichas de Inclusão, fornecidas pela **CONTRATADA**, constando em ambas obrigatoriamente os dados pessoais dos beneficiários titulares e de seus dependentes, acrescidas da documentação comprobatória relacionada no item 7.4 abaixo.

7.4. As Fichas de Inclusão devidamente preenchidas e assinadas pela **CONTRATANTE** deverão ser entregues à **CONTRATADA** até o dia 10 de cada mês, juntamente com a seguinte documentação:

a) Cópia do RG e CPF do beneficiário titular e dependentes;
b) Cópia do Comprovante de endereço do beneficiário titular;
c) Cópia da Carteira Profissional, Ficha de Registro ou qualquer outro documento que comprove vínculo do beneficiário titular com a **CONTRATANTE**;
d) Cópia da Certidão de Casamento para inscrição do cônjuge;
e) Declaração de União Estável na forma da lei, para inscrição do convivente;
f) Cópia da Certidão de Nascimento ou Termo de Guarda ou Adoção para a inscrição de filhos até 18 (dezoito) anos;
g) Cópia da Certidão de Nascimento ou Termo de Guarda ou Adoção, bem como, comprovante de matrícula em Universidade para a inscrição de filhos até 24 (vinte e quatro) anos;
h) Cópia da Certidão de Nascimento ou Termo de Guarda ou Adoção, além de cópia do documento expedido pelo Órgão Oficial do Governo que comprove a invalidez permanente, nos termos da Lei nº 8.212 e 8.213/91, para a inscrição de filho inválido de qualquer idade;
i) Cópia do Cartão Nacional do SUS e da Declaração de Nascidos Vivos para os nascidos a partir de 01/01/2010.

7.5. A inclusão de quaisquer dos beneficiários dependentes, relacionados no item 7.2 acima, dependerá da participação do beneficiário titular neste contrato, não sendo permitida a inclusão de beneficiário dependente, sem a inclusão do titular.

7.6. Os filhos dos beneficiários, recém-nascidos (natural ou adotivo) na vigência deste contrato e incluídos no respectivo Plano até 30 (trinta) dias após a data do nascimento, da adoção ou do deferimento da guarda provisória, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência e não estarão sujeitos a alegação pela **CONTRATADA**, de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando a coberturas parciais temporárias ou agravos nos valores das mensalidades.

7.7. Em caso de inscrição de filhos adotivos do beneficiário, menores de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante.

7.8. Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir a qualquer tempo da **CONTRATANTE**, quaisquer outros documentos comprobatórios dos beneficiários titulares e respectivos dependentes inscritos no presente contrato, exigidos pela Agência Nacional de Saúde, inclusive os referentes ao ressarcimento ao SUS, sendo certo que o não fornecimento será considerado falta grave.

7.9. A **CONTRATANTE** deverá comprovar sua legitimidade de pessoa jurídica à **CONTRATADA**, através de cópias do Contrato Social atualizado e Cartão de Inscrição no CNPJ, as quais ficarão fazendo parte integrante deste.

CLÁUSULA OITAVA – DA COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

8.1. Aos beneficiários regularmente inscritos no presente contrato está assegurado o atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, a ser efetuado em rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, dentro da área geográfica de abrangência prevista na Cláusula Quinta, independentemente do local de origem do evento, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ditado pela ANS, vigente à época do evento.

8.1.1. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

8.1.2. Está garantida ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde referentes ao tratamento de doenças relacionadas ao processo de trabalho, bem como das lesões relacionadas a Acidentes de Trabalho.

8.1.3. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados à Saúde – CID 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

8.1.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com a indicação do médico assistente.
8.2. A **COBERTURA AMBULATORIAL** garantida pelo presente contrato, aos beneficiários regularmente inscritos, compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório a serem efetuados em rede própria ou credenciada da **CONTRATADA,** a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, dentro da área de abrangência geográfica, independentemente do local de origem do evento, respeitado os períodos de carência e as exclusões previstas na Cláusula Nona, incluindo a cobertura de:

8.2.1. CONSULTAS MÉDICAS em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, credenciadas pela **CONTRATADA,** expressamente indicadas no livreto do Corpo Clínico, observada a coparticipação financeira do beneficiário prevista no item 16.7.

8.2.2. CONSULTA E SESSÕES COM NUTRICIONISTA, FONOAUDIÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL E PSICÓLOGO de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, observadas suas Diretrizes de Utilização (DUT) e a indicação do médico assistente.

8.2.3. CONSULTA DE PSICOTERAPIA de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, observadas suas Diretrizes de Utilização (DUT), podendo ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

8.2.4. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

8.2.5. PROCEDIMENTOS DE FISIOTERAPIA listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

8.2.6. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS realizados a nível ambulatorial, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, tais como:
a) Hemodiálise e Diálise Peritoneal – CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Radioterapia ambulatorial;
d) Procedimentos de Hemodinâmica ambulatoriais;
e) Hemoterapia ambulatorial;
f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

8.2.7. Cobertura dos atendimentos nos casos de PLANEJAMENTO FAMILIAR, de que trata O inciso III do art. 35-C da Lei nº 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo:

a) Atividades Educacionais realizadas individualmente ou em grupo, por profissional habilitado a oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado à concepção ou anticoncepção, inclusive a sexualidade;
b) Consultas de Aconselhamento ao beneficiário para planejamento familiar, bem como sobre as patologias que possam interferir na concepção/parto;
c) Implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) hormonal para contracepção, incluindo o dispositivo;
d) Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA).

8.2.8. Cobertura de MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS ORAIS para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

8.3. Os beneficiários inscritos neste contrato terão direito, também, à **COBERTURA HOSPITALAR**, que compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, em clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos, através da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA,** em quarto coletivo (enfermaria), a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial de Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, dentro da área de abrangência geográfica, independentemente do local de origem do evento, respeitado os períodos de carência e as exclusões previstas na Cláusula Nona, incluindo:

8.3.1. Cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES, sem limites de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos, em hospitais, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

8.3.2. Cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA, ou similar, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

8.3.3. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

8.3.4. Cobertura de EXAMES COMPLEMENTARES indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos nacionais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

8.3.5. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

8.3.6. Cobertura da REMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO-PACIENTE, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área geográfica de abrangência do plano prevista na cláusula 5.1, em território brasileiro.

8.3.7. Cobertura de DESPESAS DE ACOMPANHANTE, no caso de beneficiários internados menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, sendo permitido apenas 01 (um) acompanhante.

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

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

8.3.10. Cobertura para os seguintes PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS ESPECIAIS, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, mesmo quando prestados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e Diálise Peritoneal – CAPD;
b) Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
c) Radioterapia;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição Parenteral ou Enteral;
f) Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos em Hemodinâmica;
g) Embolizações;
h) Radiologia Intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) Procedimentos de Fisioterapia;
k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

8.3.11. Cobertura de CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA DE MAMA, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias e disponíveis, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

8.3.12. Cobertura de CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA DE ÓRGÃOS E FUNÇÕES, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

8.3.13. Cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, observadas as Diretrizes de Utilização (DUT), encontrando-se incluídas nesta cobertura todas as despesas com os procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante, no que couber, tais como:

a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Operadora de Planos de Saúde do beneficiário receptor;
b) Medicamentos utilizados durante a internação;
c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

8.3.13.1. Os beneficiários sujeitos a realização dos transplantes previstos no item 8.3.13 acima, candidatos à recepção de órgãos provenientes de doadores cadáveres, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

8.3.13.2. É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe

especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

8.3.14. Cobertura de ÓRTESES e PRÓTESES ligadas ao ato cirúrgico, de fabricação nacional, e na sua falta, próteses importadas nacionalizadas, devidamente registradas na ANVISA.

8.3.14.1. As próteses cardíacas cobertas pela **CONTRATADA** são as de natureza biológica, exceto na hipótese em que haja necessidade, incontestável, reconhecida pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**, de utilização de prótese mecânica.

8.4. Cobertura hospitalar para atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, compreendendo:

a) Custeio integral de 30 (trinta) dias de internações por ano de vigência do contrato;

b) A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, o beneficiário passará a ter cobertura mediante o pagamento de uma coparticipação financeira de 50% (cinquenta por cento), que deve ser faturada diretamente para o beneficiário, sobre o valor das despesas hospitalares (diárias, taxas, exames complementares, materiais e medicamentos) e dos honorários médicos de internação, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

8.4.1. A coparticipação financeira prevista no item anterior deverá ser paga pela **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, após a internação do beneficiário, juntamente com a taxa mensal de manutenção do plano, através de boleto bancário, na data de vencimento prevista na proposta de admissão.

8.4.2. A cobertura do tratamento em Hospital para transtornos mentais será de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.

8.5. O presente contrato assegura, ainda, aos beneficiários inscritos, o direito à **COBERTURA OBSTÉTRICA**, compreendendo os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, nos termos abaixo:

8.5.1. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários, observada a coparticipação financeira prevista no item 16.7.

8.5.2. Cobertura da assistência ao parto, cirúrgico ou não, e puerpério, por equipe especializada integrante do corpo clínico próprio ou credenciado da **CONTRATADA**.

8.5.3. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, de um acompanhante indicado pela beneficiária durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, quando indicado pelo médico assistente.
8.5.4. Cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

8.5.4.1. Para a continuidade da assistência ao recém-nascido, a **CONTRATANTE** deverá efetuar sua inclusão no presente contrato até o final do aludido prazo de 30 (trinta) dias, observado o disposto na Cláusula Sétima.

8.6. As internações hospitalares em todas as modalidades previstas neste contrato ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto.

8.6.1. Caso o beneficiário permaneça hospitalizado após a alta médica, todas as despesas decorrentes da internação passarão a ser de sua responsabilidade ou da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA
9.1. Respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no art. 12 da Lei nº 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, dentro da segmentação assistencial do plano disposta na Cláusula Quarta, **NÃO ESTÃO INCLUÍDAS NESTE CONTRATO**, como obrigação da **CONTRATADA**, a cobertura das despesas decorrentes de:

9.1.1. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

9.1.2. ATENDIMENTO REALIZADO ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL OU DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIA OU EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO;

9.1.3. ATENDIMENTOS REALIZADOS POR SERVIÇOS OU PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADOS PELA CONTRATADA, OU REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA PREVISTA NA CLÁUSULA QUINTA exceto nos casos de urgência e emergência, que poderão ser reembolsados na forma prevista neste contrato;

9.1.4. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;

9.1.5. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

9.1.6. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;

9.1.7. TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;

9.1.8. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

9.1.9. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR E AMBULATORIAL, EXCETO OS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS ORAIS CONSTANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

9.1.10. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;

9.1.11. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

9.1.12. FORNECIMENTO DE PRÓTESES E ÓRTESES IMPORTADAS NÃO NACIONALIZADAS;

9.1.13. TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

9.1.14. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

9.1.15. TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;

9.1.16. CONSULTAS DOMICILIARES;

9.1.17. TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS;

9.1.18. TRANSPLANTES NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, EDITADO PELA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

9.1.19. DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS DO BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE, NÃO VINCULADAS A COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR, tais como, ligações telefônicas, internet, produtos de higiene pessoal, medicamentos não prescritos, estacionamento;

9.1.20. ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR, MESMO QUE AS CONDIÇÕES DO PACIENTE EXIJAM CUIDADOS ESPECIAIS;

9.1.21. REMOÇÃO DOMICILIAR E AÉREA;
9.1.22. APARELHOS ESTÉTICOS, DE SUBSTITUIÇÃO OU COMPLEMENTARES DE FUNÇÃO, COMO ÓCULOS, APARELHO PARA SURDEZ, RIM ARTIFICIAL;

9.1.23. DESPESAS DE ACOMPANHANTE, INCLUSIVE ALIMENTAÇÃO, exceto para acompanhante de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como de portadores de necessidades especiais, conforme indicação médica;

9.1.24. ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;

9.1.25. INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;

9.1.26. VACINAS;

9.1.27. ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

9.1.28. PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE OCUPACIONAL, exceto o tratamento de doenças profissionais, bem como o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho;

9.1.29. TODO E QUALQUER PROCEDIMENTO NÃO CONSTANTE NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO CONTRATO
10.1. O presente contrato vigorará pelo período mínimo de 12 (doze) meses, com início na data da assinatura pelas partes contratantes.

10.2. Ao término dos 12 (doze) meses de vigência inicial, o presente contrato será renovado, nos termos da lei de Licitações, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor em razão de sua renovação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA
11.1. Não haverá exigência de cumprimento dos prazos de carência previstos no item 11.2. abaixo, se no momento da inclusão do beneficiário no contrato houver número igual ou superior a 30 beneficiários inscritos, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato ou de sua vinculação à **CONTRATANTE.**

11.2. Os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso após os 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato ou de sua vinculação à **CONTRATANTE**, ou ainda que dentro do prazo, porém, havendo no momento de sua inclusão número inferior a 30 (trinta) beneficiários inscritos, deverão cumprir integralmente os prazos de carência abaixo:
11.2.1. Urgência e emergência: **24 horas**;
11.2.2. Consultas médicas: **30 dias**;
11.2.3. Exames auxiliares de diagnóstico, que não os relacionados no subitem 11.2.5: **60 dias**;
11.2.4. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: **120 dias;**
11.2.5. Procedimentos de Alta Complexidade, assim definidos no Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde: **180 dias**;
11.2.6. Internações hospitalares: **180 dias**;
11.2.7. Internações hospitalares para tratamento de transtornos psiquiátricos: **180 dias**;
11.2.8. Partos a termo: **300 dias**.

11.3. A contagem dos prazos de carência previstos no item 11.2, terá seu início a partir da data de inclusão do beneficiário titular ou dependente no presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES
12.1. Estão cobertas pelo presente contrato as **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**, que são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal sabe ser portador ou sofredor, no momento de seu ingresso no plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/98.

12.2. Quando da solicitação de inclusão de beneficiários titulares e dependentes pela **CONTRATANTE** no presente contrato, o pretenso beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário, informando à **CONTRATADA** sobre as Doenças ou Lesões Preexistentes, de que saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento à época de seu ingresso no plano, passíveis de realização de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade e internações em leitos de alta tecnologia, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98, observado o disposto abaixo:

12.2.1. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus.

12.2.2. Caso o beneficiário opte por ser orientado no preenchimento da Declaração de Saúde por médico de sua livre escolha, não pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

12.2.3. 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 sabe 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.

12.2.4. A **CONTRATADA** se reserva o direito de exigir, complementarmente à Declaração de Saúde, exame ou perícia médica do beneficiário titular e/ou de seus dependentes, assumindo o ônus integral pela sua realização, sendo certo que, quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão no plano, fica vedada à **CONTRATADA** a alegação de omissão de informação de Doenças ou Lesões Preexistentes pelo beneficiário.

12.3. Constatada através de perícia realizada pela **CONTRATADA**, ou quando do preenchimento da Declaração de Saúde ou de declaração expressa do beneficiário, a existência de Doença ou Lesão Preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, assim definidos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, editado pela ANS, o beneficiário optará por ficar sujeito à Cobertura Parcial Temporária da referida doença ou lesão, ou pela sua cobertura integral, mediante o pagamento do Agravo, observado o disposto abaixo:

12.3.1. Caso a **CONTRATADA** opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, obrigatoriamente, oferecer ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, podendo, facultativamente, oferecer o Agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária.

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário titular ou seu representante legal.

b) Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário à **CONTRATADA**, para que este tenha direito integral à cobertura assistencial contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento dos prazos de carências previstos na Cláusula Sexta, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE** e o beneficiário titular.

12.3.2. Caso a **CONTRATADA** não ofereça a Cobertura Parcial Temporária ao beneficiário no momento de sua adesão ao contrato, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

12.3.3. Quando da opção pela Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente especificada na Declaração de Saúde.

12.3.4. Os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

12.3.5. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão do beneficiário ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral.
12.3.6. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses da adesão do beneficiário ao plano.

12.4. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente por ocasião da adesão ao plano, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, para que este se manifeste no prazo de 10 (dez) dias, podendo, alternativamente:

a) Oferecer a Cobertura Parcial Temporária ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano;

b) Oferecer o Agravo ao beneficiário, como opção à Cobertura Parcial Temporária.

12.4.1. Após o envio do Termo de Comunicação ao beneficiário, e recusa à Cobertura Parcial Temporária pelos meses restantes ou Agravo, a **CONTRATADA** poderá requerer abertura de processo administrativo junto à ANS, para verificação da sua procedência ou não, observando se que:

a) Cabe à **CONTRATADA** o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do beneficiário de Doença ou Lesão Preexistente, não declarada no momento da adesão ao plano;

b) A **CONTRATADA** reserva-se o direito de comprovar sua alegação, por todos os meios legais permitidos;

c) se solicitado pela ANS, através de notificação postal em seu endereço, o beneficiário deverá remeter toda documentação necessária à instrução do processo administrativo.

12.4.2. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial pela **CONTRATADA**, assim como a suspensão ou exclusão unilateral do beneficiário do contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

12.4.3. Após julgamento pela ANS, sendo acolhida a alegação da CONTRATADA, o beneficiário será excluído do plano, juntamente com seus dependentes, passando a ser de sua responsabilidade e, solidariamente, da **CONTRATANTE**, o pagamento das despesas realizadas com Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados à doença ou lesão preexistente não declarada, desde a data da efetiva comunicação pela **CONTRATADA**.

12.5. Não haverá exigência de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, se quando da inclusão do beneficiário no presente contrato houver número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários inscritos, desde que formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

13.1. Estão cobertos pelo presente contrato, em regime ambulatorial e hospitalar, os atendimentos de **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, necessários à preservação da vida, órgãos e funções, definidos nos termos da Lei nº 9.656/98, para fins do presente contrato, como:

a) **URGÊNCIA:** todos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

b) **EMERGÊNCIA:** todos os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado por declaração do médico assistente.

13.2. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura assistencial em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

13.2.1. Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, quando realizados pela beneficiária durante o cumprimento dos períodos de carência.

13.2.2. Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação.

13.2.3. Os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões preexistentes.

13.3. A **CONTRATADA** garantirá o atendimento integral, nos casos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, após decorrer as 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário no plano.

CLAÚSULA DÉCIMA QUARTA – DA REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR

14.1. Está garantida sob a responsabilidade e ônus da **CONTRATADA,** a cobertura da remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para continuidade do atendimento em outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área geográfica de abrangência prevista na Cláusula Quinta, na forma e nos casos previstos abaixo:

14.1.1. Remoção para outra unidade de atendimento da rede credenciada da **CONTRATADA**, após a realização dos atendimentos classificados como urgência e

emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos para continuidade da atenção ao beneficiário.

14.1.2. Remoção para unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, após a realização dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, ocorridos durante o período de cumprimento de carência para internação hospitalar, ultrapassada as 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial, ou caso haja a necessidade de internação.

14.1.3. Remoção para unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, após a realização dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes declaradas.

14.2. Nos casos de remoção para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, previstos nos subitens 14.1.2 e 14.1.3, fica determinado que:

14.2.1. Quando não houver a possibilidade de remoção por risco de vida, o beneficiário ou seu representante legal deverá negociar diretamente com o prestador do atendimento a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus financeiro.

14.2.2. Cabe à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

14.2.3. Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário-paciente quando efetuado o registro na unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

14.2.4. Quando o beneficiário-paciente ou seus responsáveis optarem expressamente, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item 14.2.2 acima, ainda que pertencente ao SUS, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO REEMBOLSO

15.1. Será garantido aos beneficiários inscritos no presente plano, o reembolso das despesas com assistência à saúde, decorrentes de atendimentos em caráter de urgência e emergência, ocorridos dentro da área de abrangência geográfica de cobertura contratual e atuação do plano, nos limites das obrigações contratuais, quando não houver possibilidade de utilização dos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, de acordo com os valores constantes da Tabela de Preços de Serviços Médicos e Hospitalares praticados junto à sua rede de prestadores credenciados.

15.2. A **CONTRATADA** efetuará o reembolso das despesas previstas no item 15.1 acima, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da apresentação da documentação relacionada abaixo pelo beneficiário:

a) via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);

b) conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação, com detalhamento dos itens cobrados que compuseram a conta, e seus respectivos preços;

c) relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;

d) declaração do médico assistente, especificando a razão da urgência e/ou emergência.

15.3. O prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos para reembolso será de 12 (doze) meses, a contar da data do atendimento, sendo certo que, após esse prazo o reembolso não mais será devido.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1. Para utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, os beneficiários deverão observar os seguintes mecanismos de regulação adotados pela **CONTRATADA**, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados:

16.2. Cartão de Identificação:

16.2.1. Somente terão direito aos serviços ora contratados, os beneficiários regularmente inscritos no presente contrato.

16.2.2. A **CONTRATADA** fornecerá à **CONTRATANTE**, para entrega aos beneficiários inscritos no presente contrato, Cartões de Identificação individuais, cuja apresentação será obrigatória sempre que houver necessidade de utilização dos serviços contratados.

16.2.3. Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o beneficiário ou a **CONTRATANTE** deverá comunicar imediatamente e solicitar à **CONTRATADA** a emissão da segunda via, a qual terá o custo máximo de R$ 15,00 (quinze reais).

16.2.4. Em caso de exclusão de beneficiário ou rescisão contratual, a **CONTRATANTE** deverá devolver à **CONTRATADA** os respectivos Cartões de Identificação. Caso contrário, responderá pelos prejuízos resultantes do uso indevido.

16.3. Da rede credenciada:

16.3.1. Para que haja cobertura das despesas do atendimento prestado aos beneficiários deste contrato, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por prestadores de serviços, médicos, laboratórios, hospitais e clínicas integrantes do corpo clínico próprio

ou credenciado pela **CONTRATADA**, relacionados no livreto do Corpo Clínico anexo ao presente contrato, que dele fica fazendo parte integrante para todos os efeitos legais.

16.3.2. O livreto do Corpo Clínico atualizado ficará disponível para consulta dos beneficiários na sede da **CONTRATADA** e através de seu site na internet.

16.3.3. É facultada à **CONTRATADA** a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários 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 e fiscais em vigor.

16.3.4. Na hipótese de a 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 do médico assistente, na forma do presente contrato.

16.3.5. Excetuam-se do previsto no item 16.3.4, os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem qualquer ônus adicional.

16.3.6. A **CONTRATADA** poderá, mediante solicitação de autorização expressa à ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais credenciados identificados no livreto do Corpo Clinico, para fins de redimensionamento da rede hospitalar.

16.3.7. A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar sua rede de prestadores de serviços constante do livreto do Corpo Clínico, sempre com observância aos trâmites legais, garantindo aos beneficiários inscritos no presente contrato o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante de sua rede credenciada, sem que haja a obrigação de efetuar qualquer indenização pelas alterações ocorridas.

16.4. Da utilização da rede credenciada:

16.4.1. Após o cumprimento das carências, quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador de serviço credenciado constante do livreto do Corpo Clínico o Cartão de Identificação emitido pela **CONTRATADA,** acompanhado de Documento de Identidade oficial para a emissão da respectiva Guia de Solicitação de Autorização eletrônica, conforme Padrão Obrigatório de Comunicação e Segurança para Troca de Informações em Saúde Suplementar - Padrão TISS, estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução Normativa – RN nº 153, de 28/05/07.

16.4.1.1. Caso o estabelecimento ou profissional prestador de serviço credenciado da **CONTRATADA** esteja impossibilitado de utilizar os mecanismos eletrônicos, diante de

motivos técnicos operacionais devidamente comprovados, enquanto perdurar a interrupção do serviço de troca eletrônica de informações fará uso dos Formulários de Guias, de acordo com o padrão de conteúdo e estrutura estabelecidos pela ANS.

16.4.2. Nos casos de urgência ou emergência, os beneficiários serão atendidos nos Prontos Atendimentos próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, gerais ou especializados, indicados na Relação do Corpo Clínico, pelo médico plantonista, mediante a apresentação do Cartão de Identificação emitido pela **CONTRATADA,** acompanhado de Documento de Identidade Oficial para a emissão da Guia de Autorização eletrônica, de acordo com o previsto no subitem 16.4.1 acima. Todavia, na hipótese de o atendimento ter sido realizado sem a Guia de Autorização, o beneficiário se compromete a providenciá-la e entregá-la ao estabelecimento responsável pelo atendimento, até o primeiro dia útil após a utilização.

16.4.3. As consultas médicas serão realizadas nos consultórios dos médicos credenciados pela **CONTRATADA**, indicados na Relação do Corpo Clínico, mediante agendamento prévio e apresentação dos documentos relacionados no subitem 16.4.1 acima, para a emissão eletrônica da Guia de Consulta.

16.4.4. Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento e demais Procedimentos Ambulatoriais de Baixa Complexidade serão realizados nos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, indicados na Relação do Corpo Clínico, mediante a apresentação dos documentos relacionados no subitem 16.4.1 acima, para lançamento da execução dos serviços na Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT), emitida prévia e eletronicamente pelo médico ou cirurgião-dentista assistente e autorizada pela **CONTRATADA**.

16.4.5. Os Procedimentos de Alta Complexidade serão realizados nos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**, indicados na Relação do Corpo Clínico, mediante a apresentação dos documentos relacionados no subitem 16.4.1 acima, para lançamento da execução dos serviços na Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT), emitida prévia e eletronicamente pelo médico ou cirurgião-dentista assistente e devidamente autorizada pela Auditoria Médica da **CONTRATADA**.

16.4.6. As internações de urgência ou de emergência serão realizadas no hospital próprio ou nos credenciados pela **CONTRATADA**, independente da apresentação dos documentos do beneficiário indicados no subitem 16.4.1, exigidos para emissão da Guia de Solicitação de Internação. Entretanto, as internações realizadas sem a emissão da referida Guia deverão ser comunicadas à **CONTRATADA** até o primeiro dia útil, após a data do respectivo atendimento, mediante declaração do médico assistente, para que a mesma proceda a sua emissão. Sendo certo que, a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da **CONTRATADA**, das despesas resultantes do atendimento, que será de total responsabilidade da **CONTRATANTE** e/ou beneficiário-paciente.

16.4.7. As internações eletivas (clínicas, cirúrgicas e obstétricas) serão realizadas no hospital próprio ou nos hospitais da rede credenciada da **CONTRATADA**, mediante a apresentação dos documentos relacionados no subitem 16.4.1, para lançamento de sua execução na Guia de Solicitação de Internação emitida prévia e eletronicamente pelo médico assistente, e devidamente autorizada pelo Departamento de Auditoria Médica da **CONTRATADA**.

16.4.8. As internações psiquiátricas serão realizadas nos hospitais especializados credenciados pela **CONTRATADA**, constantes do livreto do Corpo Clínico, mediante a apresentação dos documentos relacionados no subitem 16.4.1, para lançamento de sua execução na Guia de Solicitação de Internação emitida prévia e eletronicamente pelo médico assistente, e devidamente autorizada pelo Departamento de Auditoria Médica da **CONTRATADA**.

16.4.9. Nos casos de internações previstos nos itens 16.4.6, 16.4.7 e 16.4.8, o beneficiário permanecerá hospitalizado enquanto houver indicação do médico assistente, sendo certo que, caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, todas as despesas decorrentes da internação passarão a correr inteiramente por sua conta e/ou da **CONTRATANTE**.

16.4.10. A **CONTRATADA** dará completa assistência e orientação à **CONTRATANTE**, a qual se obriga a esclarecer plenamente os beneficiários por ela inscritos neste contrato, sobre as condições de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

16.4.11. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de qualquer serviço eventualmente utilizado de maneira diversa do acordado neste contrato, bem como por qualquer acordo ajustado diretamente entre o beneficiário e os profissionais ou serviços integrantes da rede credenciada.

16.5. Da Autorização Prévia:

16.5.1. Para utilização dos serviços que necessitem de autorização prévia, o médico ou cirurgião-dentista assistente deverá emitir eletronicamente a respectiva Guia de Solicitação, para Autorização Prévia do Departamento de Auditoria Médica da **CONTRATADA** e posterior execução pelo prestador de serviço credenciado, mediante apresentação dos documentos relacionados no subitem 16.4.1 pelo beneficiário.

16.5.2. Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **CONTRATADA** garantirá o atendimento pelo profissional avaliador (Médico Auditor) no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

16.5.3. A **CONTRATADA** poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

16.5.4. Caso seja necessário, fica reservado à **CONTRATADA** o direito de solicitar a realização de exame clínico ou perícia para a correta avaliação da solicitação e Autorização Prévia da Guia pelo Departamento de Auditoria Médica da **CONTRATADA**.

16.5.5. A solicitação de serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser feitos por médicos assistentes ou cirurgiões-dentistas não pertencentes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, todavia a realização de tais serviços e procedimentos deverá ser exclusivamente através da rede própria ou credenciada prevista no livreto do Corpo Clínico, após autorização prévia do Departamento de Auditoria Médica.

16.6. Da Junta Médica:

16.6.1. Fica garantido que as divergências médicas a respeito de autorização prévia, relacionadas com os serviços objeto deste contrato, serão dirimidas por uma junta médica constituída pelo profissional solicitante ou outro nomeado pelo beneficiário, por um médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

16.7. Da coparticipação financeira do beneficiário:

16.7.1. O presente contrato possui coparticipação, que é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à **CONTRATADA**, após a realização dos procedimentos relacionados no item 16.7.2.

16.7.2. Os atendimentos descritos abaixo serão realizados mediante coparticipação financeira do beneficiário, nas importâncias de:

a) R$ 10,00 (dez reais) do custo de todas as CONSULTAS MÉDICAS realizadas em consultório ou nos prontos atendimentos.

b) 20% (vinte por cento) do custo dos exames auxiliares de diagnósticos realizados em regime ambulatorial, inclusive os realizados nos prontos atendimentos, em caráter de urgência e emergência, limitados no valor máximo de R$ 50,00 (cinquenta reais) por procedimento realizado.

16.7.3. Os valores cobrados a título de coparticipação financeira constarão da fatura enviada à **CONTRATANTE** para pagamento juntamente com a mensalidade, na data de vencimento prevista na Proposta de Admissão, porém, constantes em arquivos diferentes, ou seja, um para a fatura de mensalidade e outro para a taxa de coparticipação e, mais, esse arquivo deverá ser em formato TXT, contendo obrigatoriamente a matrícula (do servidor) e o valor da taxa utilizada.

16.7.4. Os valores relativos à coparticipação financeira poderão ser reajustados anualmente, no mês de aniversário do contrato, de acordo com o índice previsto no item 18.1.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DA MENSALIDADE

17.1. Os valores das Taxas Mensais a serem pagas pela cobertura assistencial contratada são pré-estabelecidos.

17.2. As faturas mensais emitidas pela **CONTRATADA** resultarão da multiplicação do número de beneficiários ativos, pelo valor da mensalidade per capita vigente no mês de referência, de acordo com os dados disponíveis resultante da comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**.

17.3. As mensalidades relativas aos beneficiários eventualmente incluídos no transcorrer do mês serão cobradas na fatura do mês imediatamente subsequente, em acréscimo às mensalidades relativas ao mês de referência.

17.4. Os acertos referentes a qualquer divergência na quantidade de beneficiários constatada após a emissão da fatura mensal serão cobrados pela **CONTRATADA** na fatura do mês imediatamente subsequente, não constituindo, portanto, justificativa pela **CONTRATANTE** para atraso do pagamento da respectiva fatura.

17.5. É de exclusiva responsabilidade da **CONTRATANTE** o pagamento total da contraprestação pecuniária, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9.656/98.

17.6. As faturas mensais deverão ser pagas pela **CONTRATANTE** no sistema de pré-pagamento, nos estabelecimentos bancários autorizados, até a data de seu vencimento, conforme acordado na Proposta de Admissão, parte integrante do presente contrato.

17.7. A **CONTRATADA** reconhecerá como comprovante de pagamento da mensalidade, as respectivas faturas autenticadas pelo estabelecimento bancário.

17.8. Quando a data de vencimento da fatura ocorrer em dia que não haja expediente bancário, a **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento até o primeiro dia útil subsequente.

17.9. O não recebimento da fatura não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o pagamento da mensalidade na data de seu vencimento mensal, devendo solicitá-la diretamente à **CONTRATADA** até a respectiva data, para que não se sujeite às consequências da mora.

17.10. Em casos de atraso no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% ao mês (0,033 ao dia), calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito.

17.11. O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

17.12. O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

17.13. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência previstos neste contrato.

17.14. A **CONTRATADA** não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculado.

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

a) **Preço único:** Média ponderada, entre as mensalidades e a quantidade de beneficiários, por faixa etária.

b) **Participação do empregador:** 5% (cinco por cento) sobre a mensalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS REAJUSTES

18.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões estipulada na data de início de vigência do presente contrato serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice máximo de reajuste para planos de saúde individual/familiar autorizado pela ANS, apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 01 (um) mês em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.

18.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item acima, será estipulado novo índice pela **CONTRATADA** mediante instrumento de aditamento ao presente contrato.

18.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, com necessidade de reajuste por sinistralidade, este será reavaliado.

18.2.1. O desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (setenta por cento) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

18.2.2. Para o cálculo do percentual de reajuste por sinistralidade será aplicada a seguinte fórmula:

R = (S / Sm) - 1, onde:

S = Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses);

Sm = Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

18.3. Constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade previsto no item 18.2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 18.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

18.4. Na hipótese deste contrato possuir até 29 (vinte e nove) beneficiários inscritos, este integrará o agrupamento de contratos estabelecido na Resolução Normativa N.º 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde, para fins de cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

18.5. A quantidade de beneficiários estabelecida para o contrato ser agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de seu aniversário (mês de assinatura do contrato), para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

18.6. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado, desde que os planos estejam previstos no mesmo contrato de comercialização.

18.7. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, será aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os seguintes critérios:

18.7.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice máximo de reajuste para planos de saúde individual/familiar autorizado pela ANS. Este será apurado no período de 12 (doze) meses.

18.7.2. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item acima, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

18.8. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários (agrupamento), com necessidade de reajuste por sinistralidade, este contrato será reavaliado.

18.8.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (setenta) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos entre o mês de março e fevereiro subsequente.

18.8.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

R = (S / Sm) – 1, onde:
S - Sinistralidade apurada no período
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

18.9. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 18.8, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 18.7 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

18.10. Ficará disponível, no sítio eletrônico da **CONTRATADA**, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

18.11. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data-base única.

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

18.13. O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656/98.

18.14. Os percentuais de reajuste e revisão aplicados no presente contrato serão comunicados à ANS, na forma e nos prazos determinados pela legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

19.1. Não haverá diferenciação de mensalidade em função da faixa etária para os beneficiários com vínculo ativo junto à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, uma vez que a mensalidade destes é estipulada por preço único, conforme disposto no item 17.15, resultando no valor inicial de R$ 109,76 (cento e nove reais e setenta e seis centavos) per capita.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO DIREITO À MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

20.1. Ao beneficiário titular que contribuir mensalmente para o custeio do presente plano, em decorrência de vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, quando desligado do quadro de pessoal por rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, fica assegurado o direito de manutenção como beneficiário inativo, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATADA** o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, e na Resolução Normativa n.º 279 da ANS e suas posteriores alterações, observando as seguintes condições:

20.1.1. Para o cumprimento desse direito, considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à

saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

20.1.2. Para fins de aplicação dos direitos citados no item 20.1, será considerado como contribuição para um único plano de saúde, o valor dispensado pelo empregado no pagamento de contraprestação pecuniária dos planos privados de assistência à saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

20.1.3. A manutenção da condição de beneficiário é extensiva a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. No entanto, não há impedimento de que esta condição seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

20.1.4. A disposição prevista no item anterior, não exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

20.1.5. Em caso de morte do beneficiário titular inativo, fica assegurado o direito de permanência aos dependentes inscritos no presente plano até o término do período de manutenção fixado no Termo de Opção de Continuidade do Plano, desde que assumam o pagamento da respectiva mensalidade a eles correspondente.

20.1.6. O direito de manutenção da condição de beneficiário também é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do referido direito.

20.1.7. O direito de manutenção assegurado, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

20.1.8. O disposto nesta cláusula e em seus subitens somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou que tenham sido migrados ou adaptados à Lei n.º 9.656/98.

20.2. Da obrigatoriedade da comunicação pelo empregador:

20.2.1. A empresa **CONTRATANTE** deverá comunicar o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, de forma inequívoca, no ato da rescisão contratual, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência de seu contrato de trabalho.

20.2.2. O beneficiário titular, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, deverá formalizar junto à **CONTRATADA** sua opção de permanência no plano, no prazo máximo de 30 dias, a contar da comunicação inequívoca da empresa **CONTRATANTE**, formalizada no ato da concessão do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, mediante a apresentação do Termo de Opção de Continuidade no Plano, devidamente assinado, da Carteira de Trabalho e da cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

20.2.3. Para a formalização da manutenção do beneficiário demitido ou aposentado no mesmo plano, a **CONTRATANTE** deverá fornecer à **CONTRATADA**, no ato da exclusão do beneficiário ativo, as seguintes informações:

a) se o beneficiário está sendo excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
b) se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa trata - se de empregado já aposentado que continuou trabalhando na empresa até o momento;
c) se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
d) por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento de plano privado de assistência à saúde;
e) se o ex – empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

20.3. Dos demitidos ou exonerados sem justa causa (art. 30 da Lei nº 9656/98):

20.3.1. O período de manutenção da condição de beneficiário do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, no presente contrato, será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição pelo beneficiário para o custeio do plano, assegurado o período mínimo de 06 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, desde que assuma o seu pagamento integral.

20.3.2. Para fins de apuração dos períodos descritos no subitem anterior, serão considerados todos os contratos de planos de saúde regulamentados com contribuição de empregados, realizados pela empresa **CONTRATANTE**, inclusive os mantidos em Operadoras diversas.

20.4. Dos aposentados (art. 31 da Lei nº 9656/98):

20.4.1. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado, desde que assuma o seu pagamento integral, será:

a) indeterminado ou enquanto o presente contrato permanecer em vigor, se o ex-empregado aposentado contribuiu para o custeio do plano de saúde, sem qualquer carência.

20.4.2. O empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa exercerá o direito de manutenção da condição de beneficiário apenas no momento de seu desligamento.

20.5. Das disposições gerais:

22.5.1. A condição de beneficiário inativo deixará de existir:
a) pelo decurso dos prazos de manutenção nos itens 20.3.1 e 20.4.1;

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do exempregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

20.5.2. Para fins do direito de permanência assegurado, cumpre esclarecer que, nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa **CONTRATANTE**, não é considerada contribuição a coparticipação de o beneficiário titular, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

20.5.3. Em caso de cancelamento do presente contrato, fica garantido aos beneficiários inscritos o direito de optar, no prazo máximo de 30 dias da rescisão contratual, pelo ingresso em um plano da **CONTRATADA** na modalidade individual/familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, sendo certo que o valor da mensalidade corresponderá à Tabela vigente na data da assinatura da Proposta de Admissão ao plano individual ou familiar.

20.5.3.1. É dever da **CONTRATANTE** informar os beneficiários sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item anterior.

20.5.4. 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, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão em outras Operadoras, nos termos do disposto no art. 28 da RN 279, de 2011, c.c art. 7º-C da RN 186 de 2009 e suas posteriores alterações.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

21.1. A perda da qualidade de beneficiário titular poderá ocorrer nas seguintes situações:

a) rescisão do presente contrato;

b) perda do vínculo entre o beneficiário titular e a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, de acordo com as condições previstas na Cláusula Vigésima;
c) constatação de fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
d) solicitação expressa da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
e) falecimento.

21.2. A perda da qualidade de beneficiário dependente poderá ocorrer nos seguintes casos:

a) perda da condição de dependência prevista no item 7.2 do presente contrato;
b) perda do vínculo entre o beneficiário titular e a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, exceto em caso de morte do beneficiário titular inativo, previsto no §3º do art. 30 da Lei nº 9.656/98, de acordo com as condições previstas na Cláusula Vigésima;
c) constatação de fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
d) solicitação expressa da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, a pedido do beneficiário titular;
e) falecimento.

21.3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica **CONTRATANTE** a solicitação de suspensão ou exclusão de beneficiários.

21.4. A **CONTRATANTE** deverá solicitar as exclusões de beneficiários do presente plano até o dia 20 (vinte) de cada mês, através das Fichas de Exclusões fornecidas pela **CONTRATADA** devidamente preenchidas, assinadas e carimbadas, as quais serão efetivadas no dia imediatamente anterior à data de vencimento da próxima mensalidade (dia).

21.4.1. A **CONTRATADA** somente efetuará a exclusão de beneficiário mediante a comprovação da comunicação prevista na cláusula vigésima, item 20.2.1 e das informações obrigatórias previstas no item 20.2.3. da referida cláusula.

21.5. A **CONTRATADA** somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;
b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA SUSPENSÃO E RESCISÃO DO CONTRATO
22.1. Sem prejuízo das penalidades legais, o presente contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, independentemente de prévia notificação, nas seguintes hipóteses:

a) prática de fraude devidamente comprovada;
b) descumprimento das cláusulas e condições previstas no presente contrato;
c) atraso no pagamento da mensalidade pela **CONTRATANTE**, por período superior a 30 (trinta) dias, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.
22.2. Antes de completar o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, a rescisão contratual poderá ser solicitada por qualquer das partes, observando-se as seguintes condições:

a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item 22.2, sem qualquer ônus, preservando o direito da **CONTRATADA** relativamente ao recebimento das mensalidades vencidas e não pagas;

b) imotivadamente, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a soma das mensalidades que seriam devidas até o término do período de 12 (doze) meses de vigência.

22.3. Após a vigência do período de 12 (doze) meses, o presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente e sem direito à indenização, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante prévia notificação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

22.4. Durante os períodos de aviso prévio descritos acima, não será permitida a inclusão ou exclusão de beneficiários neste contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
23.1. Integram este Contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pela **CONTRATANTE**, os Cartões de Identificação dos beneficiários, as Declarações de Saúde, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o livreto do Corpo Clínico, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

23.1.1. O MPS e o GLC, dispostos no item acima, são instrumentos destinados a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes, sendo o MPS entregue ao representante da **CONTRATANTE** anteriormente à assinatura da Proposta de Admissão e o GLC ao beneficiário titular com o Cartão de Identificação.

23.2. Qualquer concessão praticada pela **CONTRATADA** no tocante às coberturas do plano contratado não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pela **CONTRATANTE**.

23.3. Os direitos relativos ao presente contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.

23.4. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste contrato.

23.5. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as partes contratantes, sempre em conformidade com a legislação que rege a matéria.

23.6. Modificações das cláusulas deste contrato serão admitidas somente nos casos permitidos legalmente, mediante Instrumento de Aditamento devidamente assinado pelas partes.

23.7. As partes contratantes se comprometem a agir de acordo com os princípios éticos estabelecidos no Código de Ética Médica, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

23.8. As reclamações ou sugestões acerca dos serviços prestados, objeto deste contrato, deverão ser encaminhadas à administração da **CONTRATADA**, que prestará orientações e esclarecimentos aos beneficiários inscritos no plano.

23.9. Para ampla compreensão sobre os efeitos deste contrato, ficam expressas as seguintes definições:

23.9.1. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

23.9.2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

23.9.3. Área Geográfica de Abrangência: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

23.9.4. Atendimentos, Internações e Procedimentos eletivos: que não são considerados de urgência ou emergência, podendo ser realizados mediante programação prévia.

23.9.5. Beneficiário: pessoa física, inscrita no plano como titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde para garantia da assistência médico-hospitalar.

23.9.6. Beneficiário inativo: ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado que tenha contribuído com as contraprestações de plano de saúde oferecido por seu empregador.

23.9.7. Cálculo Atuarial: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

23.9.8. Carência: é o período de tempo ininterrupto, durante o qual o beneficiário não tem direito a determinadas coberturas contratadas, contado a partir da data de vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário no plano.

23.9.9. Consulta: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

23.9.10. Declaração de Saúde: Formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, em que o beneficiário ou seu representante legal informa as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde.

23.9.11. Doença: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que requer tratamento médico e/ou hospitalar.

23.9.12. Doença Aguda: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

23.9.13. Doença Crônica: é aquela que atingiu estado mórbido irreversível, como por exemplo insuficiência grave de órgãos vitais (coração, rins, fígado), câncer em fase avançada, diabetes melittus em estado avançado.

23.9.14. Doença Profissional: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

23.9.15. Exame: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita a investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

23.9.16. Leitos de Alta Tecnologia: internação em qualquer dos tipos de unidade de tratamento intensivo destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, dispondo de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e tratamento, em conformidade com as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12/08/1998, do Ministério da Saúde.

23.9.17. Médico Assistente: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

23.9.18. Órtese: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

23.9.19. Procedimentos de Alta Complexidade – PAC: são procedimentos de alto custo que requer serviços de alto grau de especialização, como tal indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

23.9.20. Prótese: qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QURTA – DO FORO
24.1. Fica eleito o foro da Comarca de Tietê, para dirimir qualquer demanda judicial a respeito do presente contrato.

E, assim, por estarem de acordo nos termos acima, as partes contratantes firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de iguais teor e forma assistidos por 02 (duas) testemunhas.

Tietê, 20 de setembro de 2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIETÊ
Vlamir de Jesus Sandei

Dr. Carlos Alberto Joussef
Presidente
(Diretor Operacional e Financeiro)

Dr. Walter Alonso Checoli
Diretor Administrativo

UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS
Carlos Alberto Joussef

TESTEMUNHA 01
Leonardo Miguel Campos
RG: 42.829.554-X
CPF: 350.888.238-19

TESTEMUNHA 02
Victor Augusto Souza Fernandes
RG: 46.921.211-1
CPF: 453.994.358-88

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Tietê
CONTRATADO: Unimed de Piracicaba Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos
CONTRATO Nº: 90/2019
OBJETO: Contratação de operadora de plano de assistência médico-hospitalar, compreendendo os serviços clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, através de médicos, hospitais e outros serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, em conformidade com a Lei Federal nº 9.656/98 e demais resoluções governamentais, para o atendimento aos servidores ativos e inativos do Município de Tietê e seus respectivos dependentes

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:
a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:
a) o acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: Tietê, 20 de setembro de 2019

GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:
Nome: Vlamir de Jesus Sandei
Cargo: Prefeito
CPF: 020.841.828-83 RG: 11.447.877
Data de Nascimento: 07/09/1959
Endereço residencial completo: Rua Marcos Marcuz, nº 480, Nova Tietê, Tietê
E-mail institucional: vlamirsandei@tiete.sp.gov.br
E-mail pessoal: prefeitodetiete@gmail.com
Telefone (s): (15) 3285 - 8755
Assinatura:_____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pela CONTRATANTE:
Nome: Vlamir de Jesus Sandei
Cargo: Prefeito
CPF: 020.841.828-83 RG: 11.447.877
Data de Nascimento: 07/09/1959
Endereço residencial completo: Rua Marcos Marcuz, nº 480, Nova Tietê, Tietê
E-mail institucional: vlamirsandei@tiete.sp.gov.br
E-mail pessoal: prefeitodetiete@gmail.com
Telefone (s): (15) 3285 - 8755
Assinatura:_____

Pela CONTRATADA:
Nome: Carlos Alberto Joussef
Cargo: Médico
CPF: 051.802.028-25 RG: 9.800.389-6
Data de Nascimento: 21/03/1958
Endereço residencial completo: Rua Fernando Febeliano da Costa, nº 1799, Apto 162, Bairro dos Alemães, Piracicaba
E-mail institucional: thais.brunheira@unimedpiracicaba.com.br
E-mail pessoal: thais.brunheira@unimedpiracicaba.com.br
Telefone (s): (19) 3417-1800/ 3417-1811
Assinatura: _____

Dr. Carlos Alberto Joussef
Presidente
(Diretor Operacional e Financeiro)

Dr. Walter Alonso Checoli
Diretor Administrativo

Advogado:
(*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.