

EDITAL DE TOMADA DE PREÇOS Nº 0001/2011

1 - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES:

1.1 - Processo Licitatório n.º 0001/2011.

1.2 - Modalidade: Tomada de Preços Nº 0001/2011

1.3 - Data de emissão: 25/03/2011

1.4 - Secretarias Usuárias: Plano Municipal de Assistência _ PLAMA

1.5 - O Município de Ibicaré, Estado de Santa Catarina, através do Fundo Municipal de Assistência – PLAMA, torna público, para conhecimento dos interessados, que fará realizar Licitação na Modalidade de Tomada de Preços, do Tipo Menor Preço por Item, para a contratação de operadora de plano de saúde, devidamente registrada na Agência Nacional de saúde, bem como seu plano, para prestação de serviço médico e ambulatorial a ser efetuado em rede própria ou credenciada da CONTRATADA. Os envelopes de habilitação e propostas deverão ser entregues até às **16:00 horas do dia, 14 de abril de 2011**, no setor de Licitações da Prefeitura Municipal de Ibicaré, regendo-se o processo licitatório, pela Lei Federal n. 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada e em especial pelo constante neste Edital de Licitação.

2 - DO OBJETO:

Contratação de operadora de plano de saúde, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde, bem como seu plano, para prestação de serviços médicos e ambulatorial a ser efetuado em rede própria ou credenciada da CONTRATADA. O atendimento deverá ser efetuado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no rol de procedimentos da Resolução ANS/RN nº 82 de 29 de setembro de 2004 para a segmentação ambulatorial e suas atualizações e incluirá:

1. atendimento realizados em consultórios ou ambulatorios (definidos e listados no Rol de procedimentos da ANS);
2. consulta médica, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas credenciadas pela CONTRATADA, inclusive obstétricas para pré-natal, e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
3. serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais listados no Rol de Procedimentos da ANS para segmentação ambulatorial e solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar.;
4. cobertura ambulatorial para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais, conforme inciso V do Art. 4º da Resolução Consu nº 10/98;
 - . hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
 - . quimioterapia ambulatorial;
 - . radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc);
 - . hemoterapia ambulatorial;
 - . cirurgia oftalmológicas ambulatoriais;
5. atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, com início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativos;
- c) tratamento básico, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Os serviços deverão ser prestados com atendimentos diretos ao servidor ou dependente, apresentando credencial (carteirinha), sendo os valores dos serviços cobrados mensalmente.

Quanto a Qualificação Técnica a Operadora deve apresentar as seguintes condições:

- Relação de no mínimo 50 (cinquenta) médicos credenciados e/ou cooperados que prestam atendimento ao plano de Saúde na região abrangente do município de Ibicaré-SC e seus respectivos registros no CRM (Conselho Regional de Medicina);
- Comprovação de registro junto a Agência Nacional de Saúde, bem como de seu plano;
- Declaração de que o plano tem abrangência em todo território nacional brasileiro.

3 - DO FORNECIMENTO DE ELEMENTOS:

O Município de Ibicaré, através do Setor de Compras, Contratos e Licitações, fornecerá cópia do Edital e anexos, especificações do objeto e demais elementos necessários, durante o horário normal de atendimento deste órgão licitante, sendo das 08:00 às 11:30 horas e das 14:00 às 17:00 horas, de Segunda a Sexta-feira, em sua Sede Administrativa sita à Rua D Pedro II, 133. Outras informações poderão ser adquiridas pelo Fone/Fax (0xx49) 3538-0222 com o Senhor Sérgio.

4 - DA HABILITAÇÃO:

Poderão apresentar-se à licitação empresas inscritas ou não no cadastro de fornecedores, desde que manifestem interesse em habilitar-se até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas. Para participarem da presente Licitação Tomada de Preços, deverão os proponentes interessados apresentar em envelope lacrado, os documentos relativos à "HABILITAÇÃO". O envelope deverá conter na parte externa os seguintes dizeres:

À ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DE IBICARÉ
ENVELOPE N.º 1 - HABILITAÇÃO
TOMADA DE PREÇOS N.º 0001/2011
NOME DO PROPONENTE:

No envelope n.º 1 - HABILITAÇÃO, sob pena de inabilitação deverão conter os seguintes documentos relativos à:

4.1 - HABILITAÇÃO JURÍDICA

4.1.1 - Prova de inscrição, em vigor no Cadastro de Fornecedores do Município de Ibicaré, até o terceiro dia anterior à data designada para o recebimento das propostas.

4.2 - HABILITAÇÃO FISCAL

4.2.1 - Prova de regularidade para com a Fazenda Federal (certidão de quitação de tributos e contribuições federais);

4.2.2 – Prova de regularidade quanto à Dívida Ativa da União;

4.2.3 - Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;

4.2.4 - Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal de seu Domicílio;

4.2.5 - Prova de regularidade relativo a Seguridade Social (INSS);

4.2.6 - Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

4.3 - QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

4.3.1 - Certidão negativa de falência ou concordata expedida pela comarca sede do proponente, expedida há menos de 30 (trinta) dias da data de julgamento deste Edital.

4.3.2 - Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social já exigível e apresentados na forma da Lei que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 03 (três) meses das data de apresentação da proposta.

4.4 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

4.4.1 – Registro na Agência Nacional de Saúde vigente.

4.5 - Declaração da empresa proponente, sob as penas da Lei, que atende ao inciso V, do artigo 27, da Lei n. 8666, de 21 de junho de 1993, que se refere ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, de que não possui em seu quadro de empregados, trabalhadores menores de dezoito anos realizando trabalhos noturnos, perigosos e insalubres, e de menores de dezesseis anos trabalhando em qualquer tipo de função, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos.

Os documentos não poderão conter emendas, rasuras ou ressalvas.

5 - DA PROPOSTA:

A proposta deverá ser apresentada em envelope lacrado, que será entregue até as 16:00 horas do dia 14 de abril de 2011, no Setor de Compras, Contratos e Licitações da Prefeitura Municipal de Ibicaré, sita na Rua D Pedro II, 133. O envelope deverá conter na parte externa os seguintes dizeres:

À ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DE IBICARÉ
ENVELOPE N.º 2 - PROPOSTA
TOMADA DE PREÇOS N.º 0001/2011
NOME DO PROPONENTE:

5.1. - A proposta deverá ser apresentada em uma via datilografada ou impressa em papel tipo ofício, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, devendo ser datada e ter a assinatura do representante legal da empresa, em todas as páginas e anexos, sempre identificada.

5.2 - A proposta deverá fixar preço em moeda corrente nacional.

5.3 - A proposta deverá ter validade não inferior a sessenta dias.

5.4 - A proposta deverá conter o preço unitário e o preço total individualizado, por item licitado;

5.5 - No preço proposto devem ser incluídas todas as despesas com impostos, transporte e demais custos. Na cotação dos preços para a presente licitação, os participantes deverão observar o uso de somente duas casas após a vírgula, nos valores unitários e totais propostos, caso contrário o item será automaticamente desclassificado.

5.6 - Na elaboração da proposta, o interessado deverá definir os valores, os quais, deverá ser observada durante o período da execução do contrato, se for o caso, sob pena de falta grave.

6 - CRITÉRIO PARA JULGAMENTO:

6.1 O julgamento do Edital será as **16:30 horas do dia 14 de abril de 2011** e será efetuado em duas fases distintas, a saber:

Habilitação - A Comissão abrirá os envelopes, e os documentos neles contidos, serão rubricados por todos os membros da Comissão de Licitações, facultando-se aos interessados o exame dos mesmos. A Comissão de Licitações analisará a documentação definindo as habilitações e inhabilitações, abrindo o prazo recursal conforme o artigo 109 da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada. Contudo se todos os proponentes estiverem presentes ou através de pessoa legalmente habilitada a representá-la, havendo interesse podem desistir do direito de recurso referente a esta fase, conforme incisos II e III do artigo 43 da mesma Lei, o que se caracteriza por constar na ata a respectiva opção, bem como, sendo subscrita esta pelos participantes. A Comissão poderá suspender a reunião para melhor análise dos documentos, se assim julgar conveniente e marcar nova reunião, ocasião em que será apresentado o resultado da habilitação.

Proposta - Somente serão abertos os envelopes das propostas dos proponentes habilitados, após o prazo recursal, desistência expressa ou após o julgamento dos recursos interpostos. A Comissão abrirá os envelopes de proposta dos proponentes habilitados, procedendo ao respectivo julgamento de acordo, exclusivamente com os fatores e critérios estabelecidos no Edital, os respectivos documentos serão rubricados por todos os membros da Comissão e pelos representantes dos proponentes participantes. Será vencedor o licitante que apresentar proposta de acordo com o Edital e cotar o menor preço por item.

Para efeito de julgamento das propostas, não serão consideradas vantagens não previstas nesta Licitação, nem ofertas de redução sobre propostas concorrentes.

Para efeito de julgamento da proposta será considerado o menor preço por item.

O inabilitado receberá de volta seu envelope-proposta intacto, após o prazo recursal, desistência expressa ou após o julgamento dos recursos interpostos.

6.2 Critérios de julgamento

6.2.1 Desclassificação

Serão desclassificadas as propostas que:

- a)** Não obedecerem as condições estabelecidas no Edital e que forem superiores aos valores orçados pela administração que são:
 - Para taxa de manutenção mensal por cliente inscrito os valores praticados não poderão ser superiores a R\$ 5,90 (Cinco real e noventa centavos);
 - Taxa de inscrição para novas inclusões, os valores praticados não poderão ser superiores a R\$ 39,00 (Trinta e nove reais), sendo que as inclusões realizadas dentro dos trinta primeiros dias após a efetivação do resultado da referida licitação deverão ser isentas da taxa de inclusão;
 - Cobrança a título de taxa de administração o percentual não poderá ser superior a 10 % (Dez por cento), índice aplicado sobre o total das faturas, referente aos serviços prestados de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).
- b)** Forem manifestamente inexecutáveis, de acordo com o estabelecido no § 1º do artigo 48 da Lei n. 8.666 de 21 de junho de 1993, atualizada.

6.2.2 Classificação

As propostas consideradas aceitáveis serão analisadas pela comissão, levando-se em conta exclusivamente o menor preço por item.

a) A classificação se fará pela ordem crescente dos preços propostos;

b) Em caso de empate ocorrerá, para fins de desempate, sorteio a ser realizado em ato público, com a presença dos proponentes.

7 - DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

7.1 - Os recursos administrativos serão regidos conforme a Lei Federal n. 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

8 - DOS RECURSOS FINANCEIROS

8.1 - Os recursos financeiros serão próprios do Fundo Municipal de Assistência – PLAMA.

9 – RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

9.1 - As despesas decorrentes do presente processo licitatório correrão por conta dos recursos orçamentários provenientes:

Atividade *MANUTENÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA - PLAMA*
Mod. Aplic. *Aplicações Diretas*
Conta: *12.1201.08.244.0034.A2001.33900000*

10 - DA INEXECUÇÃO E RESCISÃO DO CONTRATO:

10.1 - A inexecução e a rescisão do contrato serão reguladas pelo Art. 58, § II e Art. 77 a 80 da Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada.

11 - DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO:

11.1 - A alteração do contrato dar-se-á nos termos do Art. 65, seus incisos e parágrafos da Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada.

12 - DAS PENALIDADES

12.1 - A Contratada que não cumprir com as obrigações assumidas ou com os preceitos legais poderá sofrer as seguintes penalidades isolada ou conjuntamente, a critério da Comissão Permanente de Licitações:

- Advertência;
- Multa de 10% sobre o valor da proposta;
- Suspensão do direito de licitar junto ao Município por até dois (02) anos;
- Declaração de Inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração

Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes. A declaração de inidoneidade poderá abranger além da empresa, sua diretoria e responsáveis técnicos.

- Rescisão contratual sem que decorra do ato direito de qualquer natureza ao Contratada.

13 - DA EXECUÇÃO E DO FORNECIMENTO

13.1 - - A proponente vencedora, colocará à disposição da Prefeitura Municipal o objeto desta licitação sem interrupções obedecendo ao estabelecido neste edital, em conformidade com a necessidade dos usuários, independente da sua localização.

14 - DOS PAGAMENTOS E DO REAJUSTE:

14.1 - Os pagamentos serão mensais.

14.2 - Não haverá reajuste, nem atualização de valores, exceto na ocorrência de fato que justifique a aplicação da alínea “d”, do inciso II, do artigo 65, da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 consolidada.

15 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS:

15.1 - Os documentos de habilitação poderão ser apresentados em via original ou cópia autenticada por qualquer processo, sendo por tabelião de notas ou por servidor do Município de Ibicaré, ou por publicação em Órgão de Imprensa Oficial. A Comissão de Licitação fará consulta ao serviço de verificação de autenticidade das certidões emitidas pela INTERNET, ficando a licitante dispensada de autenticá-las.

15.2 - Não serão admitidas a esta licitação empresas suspensas ou impedidas de licitar, bem como as que estiverem em regime de falência e concordata.

15.3 - Não haverá pagamentos antecipados.

15.4 - A Comissão Permanente de Licitações dirimirá as dúvidas que suscitem o Edital, desde que argüidas por escrito, até cinco dias antes da data fixada para abertura dos envelopes.

15.5 - As empresas podem ser representadas, no procedimento licitatório, por procurador legalmente habilitado, desde que apresente o instrumento procuratório, com firma reconhecida, até o início da sessão de abertura dos envelopes.

15.6 - Os Licitantes submeter-se-ão ao aceite da decisão da Comissão pelas propostas por preço por item.

15.7 - O licitante adjudicante do objeto da presente Licitação compromete-se integralmente pelo fornecimento dos produtos, aplicando-se no que couber, o código de defesa do consumidor.

15.8 - Não poderão ser adicionadas despesas não previstas nesta Licitação.

15.9 - A presente licitação somente poderá vir a ser revogada por razões de interesse público decorrente de fato superveniente comprovado, ou anulada no todo ou em parte, por ilegalidade de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado, conforme dispõe o artigo 49 da Lei de Licitações.

15.10 - Onde este Edital for omissivo, prevalecerão os termos da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada.

15.11 - As propostas serão aceitas até a data e hora constantes no presente Edital de licitação, sendo que em hipótese alguma será aceita após esta data e hora, independente de terem sido despachadas, endereçadas e/ou enviadas por qualquer meio anteriormente à data da abertura desta licitação.

15.12 - Nenhuma indenização será devida às licitantes pela elaboração e/ou apresentação de documento relativo ao presente Edital.

15.13 - O proponente vencedor deverá no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da data do recebimento da notificação, assinar o contrato, conforme minuta identificado como anexo I a este edital, fazendo parte integrante deste para todos os fins e efeitos. Farão parte integrante do contrato, todos os elementos apresentados pela licitante vencedora que tenham servido de base para o julgamento desta Tomada de Preços bem como as condições estabelecidas neste edital e seus anexos, independentemente de transcrição.

15.14 - Se a licitante vencedora deixar de assinar o contrato dentro de 05 (cinco) dias úteis, contados da data de recebimento da notificação, e sem justificativa por escrito aceita por esta Municipalidade, caducará o seu direito de vencedora, sujeitando-se às penalidades aludidas no presente Edital.

15.15 - Ocorrendo à hipótese prevista no item anterior, o objeto da presente licitação poderá ser adjudicada às licitantes remanescentes, na ordem da classificação, nas mesmas condições propostas pela licitante vencedora, inclusive quanto ao prazo e preço.

15.16 - O contrato terá vigência a contar da data da assinatura do mesmo e vigorará até dia 31/12/2011, podendo haver prorrogações obedecendo as disposições constantes no Artigo 57, Inciso II da Lei 8.666/93, se houver necessidade e interesse da Administração. Não superior a 60 (sessenta) meses.

Ibicaré (SC), 25 de março de 2011.

ELIZABETH RAMBO
PRESIDENTE

ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE

MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL N°
UNIFLEX NACIONAL CUSTO OPERACIONAL (PÓS-PAGAMENTO)
PLANO AMBULATORIAL

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

a) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: Centro _____

Cidade: _____ UF: SC _____

b) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: Centro _____

Cidade: _____ UF: SC _____

c) NOME COMERCIAL DO PLANO: _____

Nº DO REGISTRO NA ANS: _____

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o *Regime de Contratação Coletivo*

Empresarial, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Ambulatorial.

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) FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de plano de assistência à saúde com valores pós-estabelecidos pelo sistema custo

operacional, onde o valor da contraprestação pecuniária mensal é pago pelo (a) CONTRATANTE após a realização das despesas com as 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 preços pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial. 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 às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

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

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

a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:

- Cópia do: contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;

b) a relação dos funcionários inscritos no FGTS;

c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de _____ (_____) beneficiários;

d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

- Contrato e Proposta de Contratação;

- Carta de Orientação ao Beneficiário;

- Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;

Serviço de Atendimento ao Consumidor - _____

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 as condições de admissão.

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

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS,

CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, outros.

Também é de responsabilidade do(a) CONTRATANTE informar a CONTRATADA o

número do CPF dos dependentes inscritos no plano quando completarem 18 (dezoito) anos.

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

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

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

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

Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:

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

- os aposentados a ela vinculados
- os agentes políticos;

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

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - _____

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

Parágrafo Terceiro. É assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doenças ou lesões preexistentes, desde que:

- a) a inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e
- c) seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

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

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

TITULAR:

- **Cópia RG, CPF, RIC**
- **Comprovante de residência** em nome do **titular** ou outro documento que comprove, conforme exemplos abaixo:

- Conta de água, luz ou telefone
- Contrato de Locação
- Declaração de endereço

• **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**

a) Funcionários:

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa; ou
- Contra cheque, folha de pagamento.

b) Temporário, estagiário ou menor aprendiz:

- Contrato de Trabalho; ou
- Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro).

c) Sócios:

- Contrato Social

d) Administradores:

- Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;

e) Agente Político

- Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

DEPENDENTES:

- **Esposa:** Cópia RG, CPF, RIC e Certidão de Casamento;
 - **Companheira:** Cópia RG, CPF, RIC, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
 - **Filhos menores de 18 anos:** Cópia da Certidão de Nascimento;
 - **Filhos a partir de 18 anos:** Cópia do RG, CPF e RIC;
- Serviço de Atendimento ao Consumidor - _____

• **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;

• **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;

• **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular.

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

1) o plano ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de

diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais,

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

4) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

6) cobertura de consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços 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**, abaixo listadas:

CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO

1. Cobertura obrigatória de até 24 consultas/sessões por ano de contrato, **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:**

a. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);

b. pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);

c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);

d. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);

e. pacientes com disfagia (CID R13);

f. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);

g. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disфонia (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).

2. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

CONSULTAS COM NUTRICIONISTA

1. Cobertura obrigatória, de até 12 consultas/sessões, **quando preenchidos todos os seguintes critérios:**

a. ter diagnóstico confirmado de diabetes (tipo I ou tipo II em uso de medicação);

b. ter realizado pelo menos 02 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 12 meses (endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista);

c. ter realizado pelo menos 1 ECG nos últimos 12 meses;

d. ter realizado pelo menos 2 exames de hemoglobina glicosilada nos últimos 12 meses.

2. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura obrigatória de até 40 consultas/sessões por ano de contrato, **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F84);

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33).

CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, **quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F 00 à F 03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F 70 à F 79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83).

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**, abaixo listadas:

SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura obrigatória de até 12 sessões por ano de contrato quando, **preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39);
- f. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

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

12) 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;

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

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.

10) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;

c) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, com segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

e) hemoterapia ambulatorial;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

11) estão cobertos os exames pré e pós-operatórios, realizados em regime ambulatorial constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;

12) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção, inclusive nos casos psiquiátricos que impliquem em risco de morte ou danos físicos para o próprio ou para

terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

a) após o atendimento de urgência ou emergência é assegurada a cobertura da remoção do paciente, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade do atendimento ao paciente ou pela necessidade de internação, conforme regras estabelecidas na cláusula Atendimento de Urgência ou Emergência e Remoção.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) consultas e demais atendimentos domiciliares;

b) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, exceto aqueles compreendidos na cobertura ambulatorial, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

c) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

d) quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;

e) procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;

f) nutrição enteral ou parenteral;

g) embolizações e radiologia intervencionista (exceto aqueles com cobertura para segmentação ambulatorial, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);

h) os procedimentos ambulatoriais e aqueles para fins de diagnóstico, ou terapia que requeiram apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação pós-anestésica, UTI e similares.

Parágrafo Único. Também não gozam de cobertura quaisquer dos procedimentos relativos à segmentação odontológica ou hospitalar, inclusive, e com mais razão, não gozam de cobertura os excluídos do plano referência, a saber:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

_ empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

_ são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

_ cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).

b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

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 abaixo indicados:

_ pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional;

_ anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;

_ anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida.

- e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatorios, clínicas);
- h) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet(www.ans.gov.br);
- k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- l) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) clínicas para acolhimento de idosos;
- n) transplantes, autotransplantes e implantes, bem como as despesas deles decorrentes;
- o) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
- p) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;
- q) tratamentos odontológicos;
- r) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista;
- s) todos os procedimentos médicos e ambulatoriais não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

11

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, afim de que surtam efeitos no mês subsequente.

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

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

CLÁUSULA 7ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

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.

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, limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

Parágrafo Primeiro. Se, em continuidade ao atendimento de urgência e emergência, for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da

CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que esta se efetive dentro do período de 12 horas.

Parágrafo Segundo. O(a) CONTRATANTE poderá autorizar a CONTRATADA, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano, a efetuar o reembolso das despesas com assistência à saúde (nos limites das obrigações contratuais), efetuadas pelos beneficiários titular ou dependentes, repassando-se o custo para as faturas, conforme prevê a cláusula Formação de Preço e Mensalidade. **O valor do reembolso será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.**

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

Parágrafo Terceiro. O (a) CONTRATANTE ou beneficiário deve entregar a CONTRATADA, no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta, a documentação original relativa às despesas efetuadas (*recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de urgência ou emergência*). A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual **reembolso do valor**.

Parágrafo Quarto. Se em continuidade ao atendimento de urgência e emergência, for necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, caberá a CONTRATADA a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, comprometendo-se a CONTRATANTE pelo pagamento da remoção.

Parágrafo Quinto. A remoção do paciente para uma unidade do SUS, conforme acima descrito, será realizada em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Sexto. Quando houver risco de morte do paciente e não for possível fazer a remoção para uma unidade do SUS, o (a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.

CLÁUSULA 8ª - 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.

I. Cartão de Identificação

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

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

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

II. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

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: 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: 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);

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.

Parágrafo Primeiro. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização da

empresa _____ mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência ou emergência.

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

Parágrafo Quarto. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio www.unimed.com.br, sob a indicação de Rede NA09. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, conforme previsto na Cláusula Condições Gerais.**

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

Parágrafo Quinto. 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. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e CONTRATANTE.

Parágrafo Sexto. Condições diferenciadas de atendimento:

a) a CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

b) CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

CLÁUSULA 9ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de plano de assistência à saúde com valores pós-estabelecidos pelo sistema custo operacional, onde o valor da contraprestação pecuniária mensal é pago pelo (a) CONTRATANTE após a realização das despesas com as coberturas contratadas.

Parágrafo Primeiro. Os valores referentes aos procedimentos executados pelos beneficiários serão cobrados do (a) CONTRATANTE conforme especificações abaixo, acrescidos das taxas a que se refere o parágrafo abaixo:

a) consultas, honorários médicos e SADT (Serviço de Auxiliares, Diagnose e Terapia) conforme valores ou parâmetros estabelecidos nas tabelas de Referência Unimed (anexa), independentemente do custo efetivo dos serviços;

b) materiais e medicamentos, diárias e taxas conforme valores cobrados pelos prestadores de serviços assistenciais.

Parágrafo Segundo. As tabelas de Referência da Unimed compreendem:

1. **Tabela de Referência Local:** será aplicada sempre que o atendimento for realizado na área

de atuação da Unimed Local onde foi contratado o plano de saúde.

2. Tabela de Referência Intercâmbio Estadual - será aplicada sempre que o atendimento for realizado dentro do Estado de Santa Catarina e fora da área de atuação da Unimed local onde foi contratado o plano, acrescido de uma taxa de intercâmbio de 5% (cinco por cento).

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

3. Tabela de Referência Intercâmbio Nacional – será aplicada sempre que o atendimento for realizado fora do Estado de Santa Catarina acrescido de uma taxa de intercâmbio de 5% (cinco por cento).

Parágrafo Terceiro. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, cumulativamente, consoante especificação na Proposta de Contratação os valores abaixo:

a) *Taxa de Inscrição*, por beneficiário (titular ou dependente) incluído no Plano;

b) *Taxa Mensal de Manutenção*, por beneficiário (titular ou dependente);

c) *Taxa de Administração calculada sobre os valores dos serviços a que se refere o caput.*

Parágrafo Quarto. A(O) CONTRATANTE não pode repassar aos beneficiários o ônus pelo custo assistencial. A participação financeira dos beneficiários nas despesas assistenciais somente se dá a título de fator moderador de uso do custo assistencial ou rateio das despesas entre os beneficiários, conforme determina a Sumula Normativa ANS nº 09/05.

Parágrafo Quinto. A participação financeira do(a) Contratante e dos beneficiários no custeio assistencial deste contrato, se dará conforme condições especificadas na Proposta de Contratação (Rateio de Custos), que é parte integrante deste contrato.

Parágrafo Sexto. O(A) CONTRATANTE reconhece o extrato de serviços prestados destinados a identificar a utilização dos bens e serviços objeto do presente contrato.

Parágrafo Sétimo. O (a) CONTRATANTE assume em caráter irrevogável, irretratável e integral a responsabilidade pelo pagamento dos ressarcimentos exigidos nos termos da Lei 9656/98, artigo 32 e demais disposições legais, na hipótese de utilização dos serviços do SUS, por seus inscritos.

Parágrafo Oitavo. 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 Nono. Ocorrendo impuntualidade 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 Décimo. Em caso de suspensão ou rescisão do presente contrato, por qualquer que tenha sido o motivo, incumbe ao (à) CONTRATANTE o pagamento dos valores relativos aos serviços já realizados, acrescidos dos valores especificados nesta Cláusula, ainda que a CONTRATADA não tenha processado as respectivas faturas.

CLÁUSULA 10ª - REAJUSTE

Os valores a que se referem a Cláusula de Formação de Preço e Mensalidade, serão reajustados conforme segue:

a) taxa de inscrição e taxa mensal de manutenção: a cada 12 meses tendo como parâmetro a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preço do Mercado) ou outro índice que o substitua;

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

b) consultas, honorários médicos e SADT (Serviço de Auxiliares, Diagnose e Terapia) – Os valores constantes nas tabelas de Referência Unimed (anexas) serão reajustados a cada 12 meses, tendo como base a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preço do Mercado), ou em periodicidade inferior, mediante ajuste entre a Operadora e a Rede Prestadora;

c) diárias e taxas: Serão reajustados a cada 12 meses, na data de aniversário de reajuste

estabelecido em cada um dos contratos firmados com os respectivos prestadores de serviços da rede e em conformidade com o índice pactuado, que poderá ser: índice da ANS, IGPM (Índice Geral de Preço do Mercado) – variação positiva, INPC (índice nacional de preços ao consumidor) ou negociação entre a Operadora e prestador de serviços;

d) Os materiais e medicamentos constantes na tabela própria da Unimed são reajustados de acordo com a negociação entre Operadora e fornecedores.

CLÁUSULA 11ª - 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 - FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de 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. Não será considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;

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) assuma o pagamento integral;

d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho será de um terço do tempo de permanência neste plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo. 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 as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

Parágrafo Quarto. 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 no plano.

Parágrafo Quinto. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

II - FUNCIONÁRIOS APOSENTADOS

Em caso de aposentadoria em decorrência de vínculo empregatício, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de 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. Não será considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;

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) assuma o pagamento integral;

d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

- a) se tiver contribuído para este plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se tiver contribuído para este plano por menos de 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Segundo. 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 as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

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

Parágrafo Quarto. 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 no plano.

Parágrafo Quinto. Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria à do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

Parágrafo Sexto. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

III - 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 cumpridos neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

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

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

CLÁUSULA 12ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

- a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- b) perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para funcionários demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;
- c) por fraude, por esta entendida a permissão do uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;
- d) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;

f) se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, **desde que o beneficiário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência**, implicará na suspensão do atendimento ou na exclusão, do beneficiário e dependente em atraso, a critério da CONTRATADA;

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

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

Parágrafo Terceiro. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Funcionários Demitidos e Funcionários Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio ao CONTRATANTE.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

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

CLÁUSULA 13ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O não pagamento integral das faturas na data do vencimento implicará na suspensão ou rescisão do contrato, a critério da CONTRATADA.

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

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

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

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

1. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

2. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;

3. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;

4. se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

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

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA

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

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

CLÁUSULA 14ª - CONDIÇÕES 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, Tabela com os valores de procedimentos e Declaração de Conhecimento do Plano Referência.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: _____

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:**

- a)
- b)
- c)
- d)....

III - SIGILO MÉDICO

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

IV - RECLAMAÇÕES

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deverão ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

CLÁUSULA 15ª - FORO

Fica eleito o foro da Comarca do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

_____, ____ de _____ de 2011

CONTRATADA CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

1 - _____ **2 -** _____

Nome: Nome:

CPF: CPF:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - _____