

CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 002/2024

A **FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU - FURB**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 82.662.958/0001-02, com sede à Rua Antônio da Veiga, nº 140, Bairro Itoupava Seca, em Blumenau – SC, CEP 89.030-903, representada no presente instrumento por sua Reitora **MARCIA CRISTINA SARDÁ ESPINDOLA**, torna público aos interessados que realizará **CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO**, destinada ao recebimento de propostas para **CREDENCIAMENTO DE OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, DEVIDAMENTE REGISTRADAS NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS, COMPREENDENDO OS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS, INTERNAÇÃO CLÍNICA, CIRÚRGICA E OBSTÉTRICA, POR MEIO DE MÉDICOS, HOSPITAIS E OUTROS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA, PARA OS SERVIDORES ATIVOS, COMISSIONADOS, TEMPORÁRIOS-ADMINISTRATIVOS, INATIVOS E/OU APOSENTADOS E SEUS DEPENDENTES, DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU - FURB.**

1. DO PREÂMBULO

1.1 A FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU – FURB, doravante denominada apenas FURB, torna público para conhecimento dos interessados o presente edital de chamamento público para credenciamento, objetivando disponibilizar ofertas de planos de assistência à saúde complementar de operadoras registradas na Agência Nacional de Saúde/ANS, aos servidores ativos, inativos ou aposentados, e seus dependentes, da FURB, na forma disciplinada pela Lei Complementar Municipal nº 746/2010 e Lei nº 9.656/98 e demais resoluções expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, além da Lei Federal nº 14.133/2021 e Resolução nº 16/2024/FURB, conforme especificações constantes deste Edital e seus anexos.

2. DO OBJETO

2.1 O presente edital de chamamento público para credenciamento tem por objeto o Credenciamento de operadoras de planos de assistência médico-hospitalar compreendendo os procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, através de médicos, hospitais e outros serviços de diagnóstico e terapia, para os servidores ativos e inativos, comissionados, temporários-administrativos (Lei Municipal nº 7.564/2010), bem como de seus dependentes, da FURB.

2.2 Os serviços a serem prestados pelas proponentes são aqueles definidos no Termo de Referência, cujo anexo é parte integrante do presente Edital.

2.3 A vigência do(s) contrato(s) a ser(em) firmado(s) com a(s) proponente(s) é de 5 (cinco) anos, na forma do art. 106, da Lei Federal nº 14.133/2021.

2.4 Com a simples formalização da entrega da proposta, as licitantes expressam o pleno conhecimento, declaram e se submetem plenamente às seguintes condições:

- a) Que atendem às condições de participação no certame.
- b) Que tomaram conhecimento de todas as informações locais para o cumprimento do objeto descrito no presente edital e que o objeto está perfeitamente definido.
- c) Que assumem a inteira responsabilidade pela perfeita execução do objeto e aderem plenamente aos termos do presente como integrante do contrato que resultar, independentemente de sua transcrição.
- d) Que atendem às normas relativas à saúde e segurança do trabalho.

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1 Este Edital de chamamento público para credenciamento está aberto (a partir do exercício de 2025) a todas as empresas/consórcio de empresas e/ou cooperativas que se enquadrem no ramo de atividades pertinentes à operação de planos de assistência médico-hospitalar e que atendam às condições exigidas no presente Edital, vedada a participação de operadoras exclusivamente de seguro-saúde.

3.2 Não será permitida a participação:

3.2.1 De empresas/consórcio de empresas ou cooperativas que estejam cumprindo penalidade de suspensão temporária para licitar e impedimento de contratar nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e suas alterações posteriores;

3.2.2 De empresas/consórcio de empresas ou cooperativas impedidas de licitar e contratar nos termos da Lei nº 14.133/2021;

3.2.3 De empresas/consórcio de empresas ou cooperativas impedidas de licitar e contratar nos termos do art. 10, da Lei 9.605/98;

3.2.4 De empresas/consórcio de empresas ou cooperativas que tenham sido declaradas inidôneas pelo Poder Público e não reabilitadas;

3.2.5 De empresário suspenso de participar de licitação e impedido de contratar com a FURB;

3.2.6 De empresário declarado inidôneo para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação;

3.2.7 De empresas/consórcio de empresas ou cooperativas que tenham participado direta ou indiretamente, da licitação ou da execução de obra ou serviço e do fornecimento de bens a eles necessários: autor do projeto, básico ou executivo, pessoa física ou jurídica; empresa, isoladamente ou em consórcio, responsável pela elaboração do projeto básico ou executivo ou da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto ou controlador, responsável técnico ou subcontratado; servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação (Art. 9º da Lei 14.133/2021);

4. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E DAS PROPOSTAS DE PREÇOS

4.1 Todas as propostas, documentações e demais comunicações referentes ao credenciamento serão realizadas através do endereço eletrônico licitacao@furb.br, devendo seguir estritamente as condições postas neste edital de credenciamento.

4.2 A forma da apresentação das propostas está disposta no **item 7** deste Edital.

4.3 A proposta de credenciamento poderá ser realizada pelo endereço eletrônico supra, durante todo o tempo de vigência do edital.

5. DO CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO

5.1 As interessadas deverão indicar o seu representante legal, com documento oficial de identidade e respectivo instrumento de mandato ou contrato social.

5.2 Durante o período de vigência deste Edital, só será permitida manifestação escrita de representante legal da empresa e/ou consórcio e/ou credenciado através do endereço eletrônico de encaminhamento da proposta original.

5.3 Não será admitida a participação de um mesmo representante para mais de uma empresa ou o uso de múltiplos endereços eletrônicos distintos para comunicação com a mesma empresa.

5.4 No transcorrer do procedimento, as interessadas poderão credenciar representantes, caso não o tenham feito, descredenciar ou substituir os já nomeados, desde que o façam por meio escrito e com a apresentação dos documentos necessários.

6. DA HABILITAÇÃO E REGULARIDADE

6.1 Da habilitação jurídica:

6.1.1 A empresa participante e, no caso de consórcio, cada uma das empresas consorciadas, deverá apresentar:

6.1.2 Registro Comercial, no caso de Empresa individual;

6.1.3 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, acompanhado da última alteração contratual, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

6.1.4 Inscrição do ato constitutivo no Registro de Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de eleição e posse da diretoria em exercício;

6.1.5 Decreto de autorização, no caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

6.1.6 Consorciadas exigidos nos itens acima, deverão apresentar documento comprobatório do compromisso público ou particular de constituição do Consórcio, subscrito pelos consorciados, onde deverão constar, clara e necessariamente, os seguintes tópicos:

- a) Denominação e objetivo do Consórcio;
- b) Designação da empresa responsável pelo Consórcio que deverá atender às condições de liderança do mesmo, perante a FURB, sem possibilidade de substituição posterior da empresa líder indicada na apresentação da documentação da qualificação jurídica;
- c) Composição do Consórcio, com as proporções de capital ou valor patrimonial e responsabilidade separada pelas parcelas dos serviços atribuídas a cada um dos componentes individualmente, e seus compromissos de responsabilidade de participação solidária pelos atos praticados em Consórcio, tanto na fase de qualificação quanto na fase de execução do futuro contrato;
- d) Declaração de irrestrita e irrevogável aceitação das condições deste chamamento e futuro credenciamento;
- e) Prazo de duração do consórcio que deverá, no mínimo, coincidir com o prazo de execução dos futuros serviços, acrescido de 180 dias, permanecendo a responsabilidade solidária das empresas participantes do consórcio pela execução dos serviços, nos termos do artigo 618 do Código Civil, mesmo após o prazo de duração do consórcio;
- f) Procuração dos membros do Consórcio outorgando poderes à empresa líder para representá-los neste procedimento.

6.2 Da regularidade fiscal e trabalhista:

A empresa participante e, no caso de consórcio, cada uma das empresas consorciadas, deverá apresentar:

6.2.1 Prova de Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), com objeto compatível com o Edital;

6.2.2 Prova de regularidade com a Fazenda Municipal, do domicílio ou sede da interessada, ou outra equivalente na forma da lei, mediante a apresentação da Certidão Negativa ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Tributos Mobiliários;

6.2.3 Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio da apresentação do CRF – Certificado de Regularidade do FGTS;

6.2.4 Prova de regularidade com a Fazenda Estadual e Federal da sede da interessada;

6.2.5 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT) ou certidão positiva de débitos trabalhistas com os mesmos efeitos da CNDT, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, nos termos da Lei Federal nº. 12.440/2011;

6.3 Da qualificação econômico-financeira

6.3.1 Certidão negativa de falência expedida pelo cartório distribuidor do local de principal exercício da atividade empresarial, qual seja, aquele que seria competente para conhecer de processo falimentar envolvendo a interessada.

6.4 Das outras comprovações

6.4.1 Declaração da interessada, subscrita por seu representante legal que, caso seja vencedora, apresentará, no ato da assinatura do contrato, registro como operadora junto à Agência Nacional de Saúde;

6.4.2 Declaração da interessada subscrita por seu representante legal que, caso seja vencedora, apresentará, no ato da assinatura do contrato, registro do produto junto à Agência Nacional de Saúde.

6.4.3 Declaração unificada de: inidoneidade para licitar com o Poder Público; inexistência de fatos impeditivos para a habilitação; inexistência de servidor público municipal nos quadros da empresa; não empregabilidade de menores conforme cumprimento do disposto no artigo 7º, inciso XXXIII da Constituição Federal; conhecimento dos termos do edital e conhecimento das condições/local para cumprimento das obrigações; cumprimento das exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, conforme artigo 63, §1º, da lei 14.133/2021; previsão dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas, conforme Artigo 63, §1º, da lei 14.133/2021; ausência de condenação.

6.4.4 No caso de consórcio, cada uma das empresas consorciadas deverá apresentar as declarações supracitadas.

6.5 Das disposições gerais sobre a habilitação

6.5.1 Os documentos poderão ser apresentados no original, por qualquer processo de cópia, autenticada por cartório competente, ou mesmo cópia simples, desde que acompanhada do original para que seja autenticado pelo Setor de Protocolo no ato de sua apresentação, ou via eletrônica, desde que seja possível verificar sua autenticidade;

6.5.2 Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos documentos ora exigidos, inclusive no que se refere às certidões;

6.5.3 Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas, serão aceitas como válidas as expedidas até 90 (noventa) dias imediatamente anteriores à data de apresentação das propostas;

6.5.4 Se a interessada for matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz; se for filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz;

6.5.5 Caso a interessada pretenda que um de seus estabelecimentos, que não a participante deste chamamento, execute o futuro contrato, deverá apresentar toda a documentação de ambos os estabelecimentos;

6.5.6 A FURB poderá diligenciar, efetuando consulta direta nos sítios eletrônicos respectivos, para ratificar a veracidade de documentos obtidos por meio eletrônico;

6.5.7 Se algum documento apresentar falha insanável, ocorrerá a inabilitação da interessada.

7. DAS CONDIÇÕES DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

7.1 Na proposta, deverá haver, para fins de assinatura do contrato, a comprovação de que a interessada possui, em sua rede, a quantidade mínima exigida de médicos, hospitais e clínicas conforme abaixo:

7.1.1 Na área de abrangência da sede da FURB (Município de Blumenau – Estado de Santa Catarina), o mínimo de 1 (um) hospital próprio, com pronto atendimento de urgência e emergência;

7.1.2 Na esfera estadual (Santa Catarina), o mínimo de 1.000 (mil) médicos credenciados, 180 (cento e oitenta) hospitais e clínicas conveniadas, que atenderão os casos de urgência e emergência.

7.2 A proposta deverá conter preços unitários, por pessoa participante do plano, para as seguintes faixas etárias:

Faixa etária
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
Acima de 59 anos

7.3 A proposta deverá prever duas opções ao usuário, entre plano com cobertura Estadual (Santa Catarina) e cobertura de Grupo de Municípios (Blumenau, Apiúna, Acurra, Benedito Novo, Dr. Pedrinho, Gaspar, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó), e ambos deverão seguir as disposições deste edital e anexos, diferindo somente quanto ao valor da mensalidade e área de cobertura;

7.4 A proposta também deverá prever duas modalidades de acomodações diferentes, à escolha do usuário, que poderá optar em aderir ao plano com acomodações coletivas ou individuais (enfermaria ou apartamento), devendo ambas as propostas seguir as disposições deste edital e anexos, diferindo unicamente no valor da mensalidade e classe de acomodações inclusas do plano;

7.5 As propostas deverão prever ainda que:

7.5.1 Não deverá ser cobrada participação nas consultas e nos serviços de diagnóstico e terapia quando o usuário estiver internado.

7.5.2 Para os usuários ativos dos Planos de Saúde já contratados, não haverá carência.

7.6 Nos preços ofertados, deverão estar inclusos todos os custos e despesas, taxa de administração *per capita*, cartões de identificação, relação de serviços, encargo e incidências, diretos ou indiretos, não importando a natureza, que recaiam sobre a prestação dos serviços.

8. DO PROCEDIMENTO E JULGAMENTO

8.1 A documentação e os termos do requerimento relativos a este edital de chamamento público para credenciamento serão analisados pela FURB e homologados pela Reitoria, ou pela autoridade por ela designada.

8.2 Após o recebimento da proposta com a documentação, a FURB decidirá pelo credenciamento, ou não.

8.3 A comissão ou o agente encarregado de analisar a documentação da proposta e habilitação da interessada poderá requerer o envio de documentos adicionais, correção de vícios sanáveis nas propostas ou realizar as diligências necessárias.

8.4 A comissão ou o agente responderá ao pedido de credenciamento ou requerimento de correção, no prazo de até 30 dias após o recebimento da propostas, renovando-se esse prazo a cada necessidade de complementação, aditamento ou correção.

8.5 A interessada será comunicada formalmente da decisão.

8.6 A inabilitação não impede que a interessada realize novo pedido de credenciamento com a correção dos motivos que levaram ao anterior indeferimento.

9. DA ASSINATURA DO CONTRATO DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO

9.1 A interessada, após a homologação, será convocada para assinar o respectivo contrato com a FURB ou apresentar o seu contrato de adesão, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da convocação.

9.2 A Administração poderá prorrogar o prazo de convocação por uma vez e por igual período.

10. DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

10.1 Os contratos firmados terão vigência de 5 (anos) anos, podendo ser prorrogados nos termos e nos limites da Lei.

11. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

11.1 A dotação orçamentária correrá pelo orçamento da FURB, que repassará diretamente à contratada o valor relativo aos usuários, nos termos previstos no art. 18-A, da Lei Complementar Municipal de Blumenau nº 746/2010.

11.2 A contratada será responsável por cobrar dos segurados inativos e aposentados todos os valores relativos ao plano de saúde e de seus dependentes, não respondendo, sob quaisquer circunstâncias, a FURB, pelo adimplemento de tais valores.

11.3 A FURB efetuará o repasse/pagamentos definidos nos itens precedentes, no dia 15 de cada mês.

11.4 Os pagamentos efetuados pela FURB, não obstante o prazo fixado, obedecerão às normas da Lei Federal 14.133/21 e posteriores alterações.

11.5 O pagamento será efetuado mediante crédito aberto em conta corrente em nome da(s) contratada(s), junto ao(s) Banco(s), Agência(s) e Conta(s) Corrente(s) indicado(s) pelas mesmas nos dados referenciais.

11.6 A(s) contratada(s) deverá(ão) fornecer, mensalmente, arquivos informatizados das mensalidades e de utilização da Assistência Médica referentes a titular e dependentes, de forma analítica e sintética, discriminando todos os serviços realizados, seus respectivos valores.

11.7 A(s) contratada(s) efetuará(ão) o reembolso de consultas, exames e demais atendimentos nos níveis eletivos e de urgência ou emergência, realizados por usuários em trânsito em outras cidades do território nacional, onde não seja possível o atendimento por médicos, clínicas e hospitais credenciados, por ausência, inexistência ou indisponibilidade do prestador:

11.8 O reembolso deverá cumprir o seguinte procedimento:

a) Será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que pedido for protocolado junto à(s) contratada(s), com a entrega da devida documentação comprobatória;

- b) O reembolso só será efetivado mediante apresentação do recibo ou Nota fiscal na forma original, como devido comprovante de pagamento e relatório médico contendo diagnóstico, tratamento e data do atendimento;
- c) O pedido de reembolso deverá ser protocolado junto à(s) contratada(s), no prazo máximo de 6 (seis) meses da data da emissão do recibo ou nota fiscal.

12. DO REAJUSTE

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

12.1.1 Contrato com 30 (trinta) ou mais beneficiários:

a) Reajuste conforme a variação positiva do IGP-M (Índice Geral de Preços – Mercado), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do(s) contrato(s) atinja patamar superior a 76% (setenta e seis por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

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

$$IRT\% = \left(\frac{SIN}{82\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

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

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

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

Onde,

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

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

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

3. Portanto, quando a sinistralidade do contrato superar o patamar de 76% (setenta e seis por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do Índice de Reajuste Técnico e do Índice Geral de Preços de Mercado (IRT% +IGP-M).

b) A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

1. Na primeira apuração, será considerada a quantidade de usuários na assinatura do contrato;
2. Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de usuários no último aniversário do contrato.

12.1.2 Contrato com menos de 30 (trinta) beneficiários:

a) Quando o número de usuários do contrato for inferior a 30 (trinta), o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com menos de 30 (trinta) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de usuários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

1. Na primeira apuração, será considerada a quantidade de usuários na assinatura do contrato;
2. Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de usuários no último aniversário do contrato.

b) O índice de reajuste para contratos com menos de 30 (trinta) usuários será em conformidade com o IGP-M, ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, somado ao IRT%, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a 76% (setenta e seis por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

1. O IGP-M e o IRT% do agrupamento serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de vigência do reajuste do agrupamento.
2. O cálculo do IRT% será realizado com base na seguinte fórmula:

$$\text{IRT}\% = \left(\frac{\text{SIN}}{82\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

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

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

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

Onde,

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

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

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

c) Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de 76% (oitenta e dois por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do Índice de Reajuste Técnico e do Índice Geral de Preços de Mercado (IRT% + IGP-M).

d) A contratada divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.

12.1.3 Contrato exclusivamente para manutenção de ex-servidores ou ex-empregados (demitidos ou aposentados):

a) Quando se tratar de contrato exclusivamente para manutenção de ex-servidores, previstos nos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98, o índice de reajuste será apurado considerando a sinistralidade, nos termos do inciso I, de todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-servidores ou ex-empregados de forma unificada, somada à variação do índice previsto, **não se aplicando o disposto no item 12.1.2.**

b) O percentual de reajuste aplicado à carteira de ex-servidores ou ex-empregados será divulgado pela contratada, em seu Portal Corporativo na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

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

12.3 Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados, dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

12.4 A contratada publicará, 30 dias antes da data prevista para a aplicação do reajuste, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste. As s informações serão disponibilizadas no endereço eletrônico oficial da FURB, com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação do plano.

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

12.6 Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação da contratada, a que se refere à cláusula Mecanismos de Regulação, serão atualizados anualmente. Os reajustes serão aplicados em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre a operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos nas normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

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

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 A 18	0,00%
19 A 23	16,00%
24 A 28	14,66%
29 A 33	15,04%
34 A 38	13,07%
39 A 43	12,14%
44 A 48	10,82%
49 A 53	11,63%
54 A 58	16,67%
59 ou +	28,57%

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

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

13. DA GARANTIA CONTRATUAL

13.1 Não será exigida garantia contratual.

14. DA OBRIGAÇÃO DAS PARTES

14.1 São obrigações da contratada:

14.1.1 A contratada deverá garantir atendimento eletivo e de emergência aos usuários do Plano.

14.1.2 A contratada deverá garantir atendimento de emergência ao usuário titular e/ou usuário dependente, residente em outras cidades do território nacional.

14.1.3 A contratada deverá obedecer, na prestação de serviços, o disposto na Lei Federal nº 9656, de 03/06/1998, e Resoluções Normativas da ANS, respeitadas as especialidades e todos os procedimentos reconhecidos pela ANS.

14.1.4 A contratada deverá, quando da exclusão do usuário, garantir a prestação dos serviços até o prazo final solicitado pela FURB.

14.1.5 A contratada deverá emitir cartão de identificação, físico ou digital, para cada usuário, em até 10 (dez) dias úteis da sua inscrição no seu cadastro, bem como fornecer cadastro provisório para uso do Plano pelo usuário.

14.1.6 A contratada deverá prestar, nas emergências clínicas ou cirúrgicas e internações obstétricas, a assistência médica por plantonistas dos hospitais ou prontos-socorros credenciados.

14.1.7 Deverá ser facultada aos usuários a utilização de instalações hospitalares e serviços não acordados, desde que assumam todas as responsabilidades pecuniárias, junto a entidades hospitalares, médicos e serviços auxiliares, decorrentes dessa utilização.

14.1.8 A contratada deverá fornecer, mensalmente, arquivos informatizados das mensalidades e de utilização da Assistência Médica referentes a titular e dependentes, de forma analítica e sintética, discriminando todos os serviços realizados, seus respectivos valores, bem como os índices de utilização, para fins de gerenciamento interno da Autarquia.

14.1.9 A contratada deverá oferecer, no sentido de educar, orientar e esclarecer o titular e seus dependentes para que sejam parceiros no controle do benefício, utilizará como instrumento palestras informativas e educativas.

14.1.10 A contratada deverá proceder à cobrança integral das mensalidades dos segurados inativos e aposentados da FURB, não havendo qualquer responsabilidades de pagamento desta quanto a tais grupos de segurados e seus dependentes.

14.1.11 A contratada poderá apresentar um contrato de adesão, caso não firme a minuta anexa a este Edital, sendo facultativa sua aceitação pela FURB, porém, permanecerão vigentes todos os dispositivos deste Edital, ainda que não transcritos no contrato de adesão, inclusive, as sanções arroladas e as decorrentes de lei ou de ato normativo interno da FURB.

14.2 São obrigações da FURB:

14.2.1 Fornecer à contratada todas as informações e documentos solicitados sobre o usuário titular e seus dependentes, assim considerados:

- a) Usuário titular: servidores efetivos, comissionados e temporários da FURB;
- b) Usuários dependentes:
 - Cônjuge;
 - Companheiro(a) devidamente comprovado;
 - **Descendentes (filhos) até 35 anos incompletos;**
 - **Descendentes (filhos) acima de 35 anos, com comprovação de dependência;**
 - O tutelado e o curatelado, enquanto vigorar a decisão judicial;
 - Menor sob guarda para fins de adoção; e
 - Outros considerados por decisão judicial.

14.2.2 Realizar o pagamento das mensalidades dos servidores ativos da FURB, nos termos da Lei Complementar Municipal nº 746/2010 e Resolução do CONSUNI, com os devidos descontos nas folhas de pagamento, não se responsabilizando pelo pagamento de quaisquer valores referentes aos inativos e seus dependentes.

14.2.3 Orientar, acompanhar e fiscalizar a contratada quanto à execução dos serviços contratados, sem prejuízos das disposições administrativas, civis ou penais;

14.2.4 Zelar pela boa execução dos serviços;

14.2.5 Cumprir e fazer cumprir as cláusulas contratuais.

15. DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

15.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de forma a assegurar o perfeito cumprimento do que foi acordado.

15.2 A responsabilidade da FURB, inclusive perante terceiros, por quaisquer irregularidades e, na sua ocorrência, não implica corresponsabilidade do Poder Público ou de seus agentes e prepostos.

15.3 Para o acompanhamento, controle, fiscalização e avaliação do objeto foi designada a **Sra. Gilmara Zimdars (Gestora)**, podendo ser auxiliada por outra servidora igualmente designada, a **Sra. Edilma Zanghelini Mamede (Fiscal)**.

15.4 A gestora ou a fiscal da FURB anotar, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

15.5 Estando em conformidade, os documentos de cobrança deverão ser enviados ao setor competente para o devido pagamento.

15.6 Em caso de não conformidade, a contratada será notificada, por escrito, sobre as irregularidades apontadas, para as devidas providências, no que couber.

15.7 Quaisquer exigências inerentes ao objeto deverão ser prontamente atendidas pela contratada.

16. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

16.1 O desatendimento, pela contratada, de quaisquer exigências contratuais e seus anexos, garantida a prévia defesa e, de acordo com a conduta reprovável (infração), a sujeitará às sanções administrativas previstas no artigo art. 155 e 156, da Lei nº 14.133/2021, como disposto abaixo:

- I. Dar causa à inexecução parcial do contrato;
- II. Dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- III. Dar causa à inexecução total do contrato;
- IV. Deixar de entregar a documentação exigida;
- V. Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;
- VI. Não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocada, dentro do prazo de validade de sua proposta;
- VII. Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto, sem motivo justificado;
- VIII. Apresentar declaração ou documentação falsa ou prestar declaração falsa durante a execução do contrato;
- IX. Fraudar ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- X. Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- XI. Induzir deliberadamente a erro no julgamento;
- XII. Praticar ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da contratação;
- XIII. Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013 – Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências.

16.2 A FURB poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à interessada credenciada as seguintes sanções, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal:

- I. Advertência, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave;
- II. Multa de 20% sobre o valor do contrato;

- III. Impedimento de licitar e contratar com a FURB, pelo prazo máximo de 3 (três) anos (art. 156, § 4º), quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave;
- IV. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos (art. 156, § 5º);
- V. As sanções I, III e IV poderão ser aplicadas cumulativamente com a multa do inciso II;
- VI. Na aplicação das sanções, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes, os danos que dela provierem para a Administração Pública e a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.
- VII. Será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados de sua intimação.
- VIII. A aplicação das sanções previstas não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral dos danos causados.

17. RECURSOS

17.1 À(s) interessada(s) é assegurado o direito de interposição de Recurso da decisão final, em 05 (cinco) dias a partir da notificação, através do e-mail licitacao@furb.br.

18. DO FUNDAMENTO LEGAL

18.1 Este edital de CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO foi elaborado com fundamento no artigo 25, "caput", da Lei de Licitações e Contratos, Lei Federal 14.133/21, e Resolução nº 16/2024 da FURB.

19. DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1 Constituem parte integrante do contrato resultante deste chamamento público, mesmo que não transcritos, todos os itens deste edital e seus anexos, a(s) proposta(s) de preços da(s) contratada(s) e quaisquer outros apresentados em qualquer fase do chamamento público de Credenciamento.

19.2 Os esclarecimentos relativos ao chamamento público de Credenciamento somente serão prestados quando solicitados por escrito à FURB.

19.3 Este chamamento público de Credenciamento poderá ser:

19.3.1 Revogado, a juízo da Administração, se for considerada inoportuna ou inconveniente ao interesse público, decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta;

19.3.2 Anulado, se houver ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

19.4 A FURB poderá, em qualquer fase, promover diligências destinadas a esclarecer ou complementar a instrução de assunto relacionado ao presente procedimento.

19.5 A(s) contratada (s) é(são) responsável(is) pela fidedignidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados.

19.6 Os casos omissos serão resolvidos pela FURB, que decidirá com base na legislação em vigor.

19.7 Os anexos fazem parte do edital, independentemente de transcrição.

19.8 Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo prevalecerá as deste Edital.

19.9 O contrato poderá ser rescindido, em qualquer tempo, pela FURB, sem a exigência de qualquer multa ou indenização, por parte da contratada, respeitado o lapso de 60 (sessenta) dias, a partir de sua comunicação formal.

19.10 Este edital possui vigência indeterminada, podendo ser revogado por motivo de conveniência ou anulado por vício insanável, a qualquer momento, pela FURB, preservado, no primeiro caso, o ato jurídico perfeito, o direito adquirido e a coisa julgada.

19.11 Enquanto não for credenciada uma nova interessada e não houver novo contrato, nos termos deste Edital, permanecerão válidos os instrumentos atualmente vigentes, celebrados pela FURB com a(s) atual(is) operadora(s) de plano de saúde.

19.12 Fica eleito o foro da comarca de Blumenau – SC, como competente para dirimir as controvérsias oriundas deste Edital e do respectivo contrato.

20 FAZEM PARTE INTEGRANTE DESTE EDITAL

ANEXO I - Termo de Referência;

ANEXO II - Dados referenciais;

ANEXO III - Declarações;

ANEXO IV- Modelo do termo de adesão;

ANEXO V - Modelo de proposta de preços;

ANEXO VI - Minuta do Contrato (facultativo);

Blumenau/SC, 16 de maio de 2025.

Marcia Cristina Sardá Espindola,
Reitora

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

Este chamamento refere-se ao credenciamento de operadoras de planos de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde, compreendendo os procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, através de médicos, hospitais e outros serviços de diagnóstico e terapia, para livre escolha e contratação pelos servidores ativos, inativos e seus dependentes, da FURB.

A(s) contratada(s) deverá(ão) garantir atendimento de emergência ao usuário titular e/ou usuário dependente residente em outras cidades do território nacional.

A(s) contratada(s) deverá(ão) obedecer, na prestação de serviços, o disposto na Lei Federal nº 9656 de 03/06/1998 e Resoluções Normativas da ANS, respeitadas as especialidades e todos os procedimentos reconhecidos pela ANS.

A(s) contratada(s) deverá(ão) elencar os plano(s) dos serviços de saúde, devidamente registrados na ANS, o(s) qual(ais) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos usuários da - FURB, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;

Serão considerados usuários:

Usuário titular: servidores estatutários, comissionados, temporários-administrativos e inativos da FURB, nos termos da Lei Complementar Municipal nº 746/2010;

Usuários dependentes:

- Cônjuge;
- Companheiro(a) devidamente comprovado;
- **Descendentes (filhos) até 35 anos incompletos;**
- **Descendentes (filhos) acima de 35 anos, com comprovação de dependência;**
- O tutelado e o curatelado, enquanto vigorar a decisão judicial;
- Menor sob Guarda para fins de adoção;
- E outros considerados por decisão judicial.

A FURB fornecerá à(s) contratada(s) todas as informações e documentos solicitados pela(s) sobre o usuário titular e seus dependentes.

A(s) contratada(s) deverá(ão), quando da exclusão do usuário, garantir a prestação dos serviços até a solicitação final da FURB;

A(s) contratada(s) deverá(ão) emitir cartão de identificação, físico ou virtual, para cada usuário, em até 10 (dez) dias úteis da sua inscrição no seu cadastro, bem como fornecer cadastro provisório para uso do Plano pelo usuário.

Nas emergências clínicas ou cirúrgicas e internações obstétricas, a assistência médica poderá ser prestada por plantonistas dos hospitais ou prontos-socorros credenciados.

A FURB se responsabilizará pelo repasse dos valores referentes aos planos dos segurados ativos na FURB diretamente à(s) contratada(s) nos termos do art. 18-B, da Lei Complementar Municipal nº 746/2010, devendo os usuários inativos ou aposentados, bem como seus dependentes, proceder ao integral pagamento das mensalidades diretamente à(s) contratada(s), não respondendo a FURB por quaisquer obrigações relativos aos inativos, aposentados e/ou seus dependentes.

A contratada deverá cobrar dos usuários inativos e aposentados, bem como de seus dependentes, a integralidade das mensalidades ou quaisquer valores referentes ao uso do plano contratado de forma direta, não respondendo a FURB por tais obrigações relativas ao repasse, pagamento, indenização ou quaisquer ônus quanto a tais usuários.

Será facultada aos usuários a utilização de instalações hospitalares e serviços não acordados, desde que assumam todas as responsabilidades pecuniárias, junto a entidades hospitalares, médicos e serviços auxiliares, decorrentes dessa utilização.

As consultas serão realizadas em consultórios ou clínicas particulares dos médicos credenciados, após prévio agendamento.

A(s) contratada(s) deverá(ão) fornecer, mensalmente, arquivos informatizados das mensalidades e de utilização da Assistência Médica referentes a titular e dependentes, de forma analítica e sintética, discriminando todos os serviços realizados, seus respectivos valores, bem como os índices de utilização, para fins de gerenciamento interno da FURB.

A(s) contratada(s) deverá(ão) oferecer, no sentido de educar, orientar e esclarecer o titular e seus dependentes para que sejam parceiros no controle do benefício, utilizará como instrumento palestras informativas e educativas.

O período de permanência dos usuários com seu grupo familiar na contratada será de, no mínimo, 01 (um) ano, observada a portabilidade dos Planos de Saúde, de acordo com as regulamentações da ANS.

Face ao panorama acima, as propostas a serem apresentadas deverão conter preços unitários, por pessoa participante do plano, para as seguintes faixas etárias:

Faixa etária
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos

Acima de 59 anos

Nos preços, deverão ser incluídos todos os custos e despesas, taxa de administração per capita, cartões de identificação, relação de serviços, encargos e incidências, diretos ou indiretos, não importando a natureza, e que recaiam sobre a prestação dos serviços.

ANEXO II – DADOS REFERENCIAIS

Do responsável

Nome:

Nacionalidade:

Estado civil:

Profissão:

CPF:

RG:

Da Empresa

Razão Social:

CNPJ/MF:

Inscrição Estadual:

Telefones:

E-mail:

Dados Bancários

Nome do Banco:

Número do banco: Agência:

Local da agência:

Número da conta:

Local e data:

Assinatura e carimbo da empresa:

ANEXO III - DECLARAÇÕES

Nome da Empresa, CNPJ Nº, sediada à (Endereço Completo), declara, sob as penas da Lei que:

- Não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esfera.
- Até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo e que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.
- Não integra o corpo social, nem o quadro funcional, empregado público ou membro comissionado de órgão direto ou indireto da Administração Municipal.
- Não possui, no quadro de pessoal, empregados menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e em qualquer trabalho, menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, em observância ao Inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal.
- Tomou conhecimento do Edital e de todas as condições de participação e se compromete a cumprir todos os termos deste, não podendo alegar posterior desconhecimento de cláusula ou exigência, além de fornecer material de qualidade, sob as penas da Lei.
- A proposta econômica compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição da República Federativa do Brasil, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas, sob pena de desclassificação.
- Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, conforme artigo 63 §1º da lei 14.133/2021 e em lei e em outras normas específicas.
- Nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, não foi condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Local e data:

Assinatura e carimbo da empresa:

ANEXO IV - MODELO DO TERMO DE ADESÃO

Nome do servidor:
Matrícula:
Estado Civil:
Endereço residencial:
Telefone:
Telefone celular:
R.G. nº:
C.P.F nº:
Data de nascimento:

Venho, pelo presente termo de adesão, demonstrar meu interesse em aderir ao plano de saúde da contratada credenciada:

- 1ª opção (cobertura estadual + acomodação individual) []
2ª opção (cobertura estadual + acomodação coletiva) []
3ª opção (cobertura grupo de municípios + acomodação individual) []
4ª opção (cobertura grupo de municípios + acomodação coletiva) []

Dependentes (lista de todos os dependentes, com nome, data de nascimento e grau de dependência, sendo: Cônjuge; Companheiro (a); Filho (a); Tutelado/Curatelado; Outros.

Nome:
Relação com o aderente:
Estado Civil:
Endereço residencial:
Telefone:
Telefone celular:
R.G. nº:
C.P.F:
Data de nascimento:

Tive conhecimento através da demonstração das condições dos serviços que serão prestados pelas minhas opções de operadoras acima listadas.

Local e data:

ANEXO V - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

À FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU - FURB

Ref.: Chamamento Público para Credenciamento nº 002/2024.

Prezados Senhores.

Pela presente, a empresa (consórcio/cooperativa) _____, com sede na ____, inscrita no C.N.P.J. sob nº.: ____, através do(a) Sr.(a) _____, portador(a) do R.G. sob nº _____, CPF sob nº _____ apresenta a proposta de preços abaixo:

Faixa etária
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
Acima de 59 anos

Declara, ainda, que:

- Aceitará a mudança de opção de acomodação e/ou área de abrangência, sem carência, a cada 12 meses do contrato;
- Nos preços, estão inclusos todos os custos e despesas, taxa de administração “per capita”, cartões de identificação, relação de serviços, encargos e incidências, diretos ou indiretos, não importando a natureza, e que recaiam sobre a prestação dos serviços;
- A validade da proposta de preços será de 60 (sessenta) dias, no mínimo;
- Foram recebidos todos os documentos e que há ciência de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações arroladas neste edital;

Local e data:

Assinatura e carimbo da empresa:

ANEXO VI - MINUTA DO CONTRATO (FACULTATIVO)

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL N°. _____
– COPARTICIPAÇÃO 30%
PLANO REFERÊNCIA - ACOMODAÇÃO

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

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

OPERADORA			REGISTRO ANS	
CLASSIFICAÇÃO		CNPJ		
ENDEREÇO				NÚMERO
BAIRRO	CEP	CIDADE		UF

b) QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL				
NOME FANTASIA				
CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		
ENDEREÇO				NÚMERO
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	UF

c) DADOS DO PLANO

NOME DO PLANO	Nº REGISTRO ANS
---------------	-----------------

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

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

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência geográfica do presente contrato é o Estado de Santa Catarina ou ao Grupo de Municípios de Blumenau, Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Dr. Pedrinho, Gaspar, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó; à depender da escolha do segurado.

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do presente contrato se limita ao Estado de Santa Catarina ou ao Grupo de Municípios de Blumenau, Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Dr. Pedrinho, Gaspar, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó; à depender da escolha do segurado.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A internação se dará em quarto coletivo ou Individual, a depender da modalidade de plano optada pelo segurado.

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

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

i) FORMAÇÃO DE PREÇO

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

CLÁUSULA SEGUNDA – 2ª - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10 e CID-11), 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 que integram a rede própria ou credenciada pela CONTRATADA para este plano.

Parágrafo Único. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, à Lei Federal nº 14.133/2021 e Resolução nº 16/2024/FURB.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O plano coletivo empresarial se destina às pessoas jurídicas que mantenham vínculo empregatício ou estatutário com o beneficiário titular.

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

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

I. **Pessoa jurídica:** contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;

1. Regularidade junto à Receita Federal (cartão CNPJ) no momento da contratação.

b) **Apresentar:**

- a relação dos funcionários inscritos no FGTS ou documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com o(a) CONTRATANTE;

c) **Preencher e assinar:**

- Contrato e Proposta de Contratação;

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

Parágrafo Terceiro. É de responsabilidade do(a) CONTRATANTE manter atualizado os seus dados cadastrais, bem como dos beneficiários titulares e dependentes (endereço, telefone, documentação, dentre outras), mediante o envio de documentação comprobatória sob pena de eventual comunicação enviada pela CONTRATADA, com base em informações desatualizadas em seu banco de dados, ser considerada válida legalmente. **O(A) CONTRATANTE também fica obrigado(a) a fornecer, a qualquer momento, informações para atualizar ou complementar os dados junto à CONTRATADA, de forma a dar cumprimento às obrigações perante o órgão regulador do setor, bem como, declaração que comprove vínculo do beneficiário ao plano de saúde e CONTRATANTE.**

Parágrafo Quarto. As inclusões, exclusões e atualizações de dados cadastrais de beneficiários deverão ser comunicadas pelo(a) CONTRATANTE à CONTRATADA, obrigatoriamente, através do canal indicado na Proposta de Contratação, acordado entre as partes.

Parágrafo Quinto. Nas hipóteses em que o meio de comunicação acordado for eletrônico, as movimentações cadastrais de beneficiários em meio físico não serão aceitas, exceto em caso de indisponibilidade deste canal, como plano de contingência para garantir a atualização cadastral.

Parágrafo Sexto. É responsabilidade do(a) CONTRATANTE **comprovar a ciência do beneficiário titular quanto a:** entrega do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, Guia de Leitura Contratual – GLC, dentre outros documentos determinados pelo órgão regulador do setor, na adesão ou exclusão do plano de saúde, bem como, por fornecer uma via do contrato quando requerido pelo beneficiário.

Parágrafo Sétimo. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, em meio físico ou digital.

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

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

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação comissionada, temporária-administrativa contratados para atender excepcional interesse público ou estatutária, nos termos do art. 18-B da Lei Complementar Municipal nº 746/2010, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os: a) comissionados da pessoa jurídica contratante;

- b) trabalhadores temporários-administrativos da Autarquia, regidos pela Lei Municipal nº 7.564/2010;
- c) os aposentados e inativos através da FURB, nos termos da Lei Complementar Municipal nº 746/2010;

d) os agentes políticos.

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

- a) o cônjuge;
- b) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) os filhos solteiros até 35 anos incompletos;
- d) os enteados solteiros até 35 anos incompletos;
- e) a criança ou adolescente solteiro, sob a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- f) filhos incapazes e aqueles sob curatela do beneficiário titular

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

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

Parágrafo Quarto. É assegurada a inscrição como dependente o recém-nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, do beneficiário titular, desde que atendidas as condições abaixo:

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

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

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

Parágrafo Sexto. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo(a) CONTRATANTE à CONTRATADA na forma prevista na Proposta de Contratação.

Parágrafo Sétimo. Na inscrição ou alteração cadastral, o(a) CONTRATANTE deverá informar a CONTRATADA o nome completo, data de nascimento e nome da mãe do beneficiário que constar no cadastro da Receita Federal. Em caso de divergência a CONTRATADA atribuirá ao cadastro a informação constante na Receita Federal. Sendo responsabilidade do beneficiário manter seus dados cadastrais atualizados.

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

1) Preencher e assinar:

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

2) Apresentar: TITULAR

- **Cópia** do CPF, CNS e RG;
- **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Abaixo exemplos de comprovante de residência: - Conta de água, luz ou telefone;
- Contrato de Locação; e
- Declaração de endereço realizada por escritura pública ou escritura particular com firma reconhecida.

Para todos os fins a declaração de endereço realizada na forma supramencionada será aceita independentemente da apresentação de outros comprovantes de endereço.

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

a) Servidores:

- 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; ou
- Ato de nomeação; ou - Ficha funcional do servidor;

b) Temporário-administrativo admitido em caráter de excepcional interesse público:

- Contrato de Trabalho temporário-administrativo; ou - Ficha funcional do agente temporário-administrativo; **c)**

Agente Político e Comissionados :

- Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo; ou - Documento que comprove a nomeação no cargo em comissão.

DEPENDENTES

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

CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Para fins de cobertura considera-se **taxativo** o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde determinado pela ANS, vigente à época do evento, respeitado o disposto no art. 13 da Lei Federal nº 9.656/1998 e respeitadas as:

- Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol.
- Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.
- Protocolo de Utilização – PROUT:** Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.
- Ano de contrato:** período de doze meses contados a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, seja ele titular ou dependente.
- Hospital-dia:** é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

Parágrafo Primeiro. O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios que integram a rede própria ou credenciada da CONTRATADA para este plano, por médicos cooperados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelos Conselhos de Classe. O atendimento será realizado de acordo com a lista de procedimentos médicos determinados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo Segundo. A cobertura deverá ser assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, respeitados os limites de carência estabelecidos neste contrato, área de abrangência e atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas. E incluirá:

- 1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;
- 3) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 4) cobertura de serviços de apoio diagnóstico previstos para segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à data do evento, vinculados ao atendimento odontológico e necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico, solicitados pelo cirurgião-dentista e executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA para este plano;
- 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. Não são de cobertura obrigatória os medicamentos especiais classificados pela ANVISA como "PRODUTO DE TERAPIA AVANÇADA", seja para uso ambulatorial ou hospitalar, cuja cobertura dependerá sempre da prévia inclusão no rol de procedimentos que verse sobre o tratamento/terapia a ser realizado com cada um desses fármacos em específico.
- 6) cobertura de consultas/sessões: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física), fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e sessões de psicoterapia, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, solicitados pelo médico assistente e realizada(s) pelo profissional devidamente registrado no Conselho Profissional, integrante da rede prestadora de serviços deste plano, apto a tratar a doença ou agravo do beneficiário;
- 7) cobertura de consultas/sessões com nutricionista previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, solicitadas pelo médico assistente e realizada(s) pelo profissional devidamente registrado no Conselho Profissional, integrante da rede prestadora de serviços deste plano, apto a executar o atendimento e a tratar a doença ou agravo, respeitada a Diretriz de Utilização estabelecida pela ANS, inclusive quanto ao limite de consultas/sessões por ano de contrato;
- 8) consulta com enfermeiro obstetra ou obstetrix: solicitado pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços deste plano, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, nas quantidades e condições estabelecidas na Diretriz de Utilização pela ANS;

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

- a) **planejamento familiar:** conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
- b) **concepção:** fusão de um espermatozoide 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 ambulatorial contínua (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente; c) medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
- e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- f) hemoterapia ambulatorial;

- g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 11) participação do médico anesthesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 12) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
- a) a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;
- b) estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio.
- c) A cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**
- 13) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas que integram a rede própria ou credenciada da CONTRATADA para este plano, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
- 14) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;
- 15) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- 16) cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;
- 17) exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento. Não são de cobertura obrigatória os medicamentos especiais classificados pela ANVISA como "PRODUTO DE TERAPIA AVANÇADA", seja para uso ambulatorial ou hospitalar, cuja cobertura dependerá sempre da prévia inclusão no rol de procedimentos que verse sobre o tratamento/terapia a ser realizado com cada um desses fármacos em específico.
- 18) órteses, próteses ou outros materiais ligados aos atos cirúrgicos, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA: tem cobertura assegurada

para colocação, inserção e/ou fixação, remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente;

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

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.

19) os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos pelo plano, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT:

a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;

b) **procedimentos ou rotinas vinculadas à realização de um procedimento ou evento em saúde não coberto não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

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

21) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de

Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;

22) é assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.

a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e

c) pessoas com deficiências.

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

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

a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;

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

25) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;

26) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar **e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:**

- a. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
- b. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- c. medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- e. hemoterapia;
- f. nutrição parenteral ou enteral;
- g. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

- h. radiologia intervencionista;
 - i. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 27) cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo a simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexoaréolo-mamilar;
- 28) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 29) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
- a) a cobertura para o parto a termo e a internação dele decorrente será garantida após cumprimento do prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias pela gestante;
 - b) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta) dias da guarda ou tutela, isento do cumprimento dos períodos de carências já cumpridas pelo pai ou mãe do recém-nascido, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
 - c) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contra-indicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;
- entende-se como pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- 30) cobertura para os transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na data do evento, observadas as especificações abaixo e atendidas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS:
- I. despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:
 - a. despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b. medicamentos utilizados durante a internação;
 - c. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
 - d. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
 - II. os transplantes de órgãos e tecidos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, provenientes de doador cadáver tem cobertura assegurada, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

CLÁUSULA 5ª - EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia –

CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento;

empregam medicamentos, material ou qualquer outra espécie de tecnologia em saúde, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante, considerados, portanto, como uso off-label; exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.

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

c) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento;

e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:

importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na

ANVISA;

medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;

Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente;

Medicamentos especiais classificados pela ANVISA como "PRODUTO DE TERAPIA AVANÇADA", seja para uso ambulatorial ou hospitalar, cuja cobertura dependerá sempre da prévia inclusão no rol de procedimentos que verse sobre o tratamento/terapia a ser realizado com cada um desses fármacos em específico.

g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

h) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet (www.anvisa.gov.br);

i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

j) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

k) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- l) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- m) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do

Ministério do Trabalho;

- n) quaisquer atendimentos prestados em domicílio, tais como: consultas, internações, tratamentos e acompanhamentos, reabilitações e demais atendimentos;
- o) acompanhamentos e atendimentos terapêuticos em domicílio, escola e outros ambientes fora do consultório/estabelecimento de saúde;
- p) terapia assistida por animais de estimação, terapia facilitada por animais, dentre outros termos, que utilizem animais vivos como meio terapêutico a exemplo da equoterapia;
- q) qualquer tipo de hidroterapia que utilize água para fins terapêuticos, também denominado de terapia aquática, terapia de exercício aquático, piscina terapêutica, terapia tai chi com água, fusão e banhos de hidromassagem ou shiatsu aquático;
- r) terapias e procedimentos que empregam vestes especiais - Suits, (órteses dinâmicas conhecidas como Dynamic Suit Orthosis (DSO) do tipo "suit therapy", tais como Penguin suit, Therasuit, Adelsuit, Pediasuit, Upsuit, Theratolgs,

Órtese de tecido elastomérico dinâmico (DEFO - Dynamic Elastomeric Fabric Orthosis), Traje de corpo inteiro (FBS - Full Body Suit), Órtese de entrada de pressão estabilizadora (Stabilizing Pressureinput Orthosis – SPIO), Second Skin, órteses de tira externa, entre outros correlacionados); -

- s) técnicas cinesioterápicas específicas, como pilates, reeducação postural global (RPG) e outros;
- t) atendimentos realizados por profissionais de saúde não previstos em Resolução Normativa e Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS vigente ou que não estão no seu exercício profissional;

- u) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar;
- v) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
- w) remoções não previstas na cláusula de "Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso" prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
- x) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitado o disposto no art. 13 da Lei Federal nº 9.656/1998, vigente à época do evento;
- y) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar como parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em

Saúde da ANS, vigentes à época do evento;

- z) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato ou realizados em prestadores que não fazem parte da rede deste plano;
- aa) procedimentos que não tenham sido solicitados por médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitados; bb) procedimentos solicitados pelo cirurgião dentista não vinculados e necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.

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

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

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

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

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

Parágrafo Segundo. Na adesão do beneficiário ao plano por meio de portabilidade de carências, o início de vigência se dará a partir da comunicação de aceite pela CONTRATADA. O aceite ou recusa do pedido de portabilidade será notificado ao beneficiário no prazo de até 10 dias corridos, contados a partir do pedido de portabilidade.

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

Parágrafo Quarto. O presente contrato tem prazo de 5 (cinco) anos de vigência, na forma do art. 106 da Lei Federal 14.133/2021.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Atendimentos de urgência e emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Exames: laboratoriais simples, citológicos, raio - x simples e eletrocardiograma	30 dias
Parto a Termo	300 dias
Todos os demais procedimentos e coberturas	180 dias

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

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

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

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

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

Parágrafo Quinto. Quando se tratar de beneficiário(s) no exercício da portabilidade de carências, deverão ser cumpridos os prazos de carências remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem, e carência integral para cobertura superior ao do plano origem.

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

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

CLÁUSULA 8ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

- a. Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
- b. Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:
 1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
 2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

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

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

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

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

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

Parágrafo Quinto. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou

sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I – Atendimento de urgência e emergência:

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

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

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

inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

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

II – Remoção:

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

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

1. se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento**, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e

2. quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

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

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

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

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

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

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

- a) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.**
- b) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade**

hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

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

III - Reembolso:

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

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

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

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

Parágrafo Segundo. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento, **para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:**

a) **Atendimento de urgência ou emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador** de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

b) **Atendimento eletivo: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador** de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

I. Coparticipação

É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada **em conjunto** com a mensalidade do plano de saúde.

Parágrafo Primeiro: A coparticipação nos **atendimentos realizados em regime ambulatorial**, será de 30% (trinta por cento) aplicado sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, disponível no endereço eletrônico, observado o limite máximo de R\$ 80 (oitenta reais) por procedimento/serviço/sessão realizada(o).

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

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

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

II. Cartão De Identificação

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

Parágrafo Primeiro. O cartão virtual está disponível em aplicativo próprio para telefones celulares, acessado com *login* e senha (criados no primeiro acesso). O cartão impresso será disponibilizado mediante solicitação através dos canais de atendimento da CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE a imediata devolução dos cartões individuais de identificação do plano de saúde, caso o beneficiário possua o cartão impresso, pois os atendimentos realizados a partir da data de exclusão são considerados indevidos e as despesas decorrentes, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de responsabilidade do(a) CONTRATANTE.

Parágrafo Terceiro. Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação impresso*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. Em caso de perda ou extravio do cartão poderá ser cobrada uma taxa de R\$ 15 (quinze reais) para emissão da segunda via física.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

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

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

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo profissional solicitante, pelo médico da operadora e por um desempatador, escolhido dentre os profissionais indicados pela CONTRATADA na notificação de instauração de junta médica, sendo os honorários do desempatador custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos assistenciais oficiais e medicina baseada em evidência, observadas as regras abaixo:

a) O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente serão devidamente notificados pela CONTRATADA sobre a abertura do processo de junta médica e a indicação dos profissionais aptos a opinar e dirimir a divergência. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os sugeridos.

b) Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto a necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. **Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.**

c) Nas situações acima, a CONTRATADA notificará previamente o beneficiário ou seu responsável legal sobre a data e local para realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados

tais como: prazos; condições; entrega dos laudos de exames; e consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

d) Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial ou a não realização ou entrega dos resultados de exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da operadora, justificando inclusive a negativa de atendimento quando for o caso.

e) O parecer do desempatador será acatado pela CONTRATADA, desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento.

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

Parágrafo Terceiro. O atendimento e autorização observará:

I. Consultas Médicas: os beneficiários são atendidos no consultório dos **médicos cooperados ou integrantes da rede de atendimento da contratada**, que integram a rede deste plano, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

II. Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços deste plano, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA;

III. Cobertura de consultas/Sessões com nutricionista: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços deste plano, 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 diretriz de utilização, vigentes à época do evento;**

IV. atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços deste plano, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento. Em caso de divergência médica, será aplicado mecanismo de junta médica acima previsto;

V. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços deste plano, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;

VI. Cirurgia bucomaxilofacial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços deste plano, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

VII. Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, **respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;**

VIII. Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização: a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, **respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.**

Parágrafo Quarto. As regras acima não se aplicam no atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarada pelo médico assistente, estando assegurado liberação imediata dos procedimentos.

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

a) Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento. Respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;

b) No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

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

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

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

a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o

atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;

b) A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento pelo beneficiário ou responsável à CONTRATADA.

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

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

Parágrafo Décimo Primeiro. Em atendimento ao disposto em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: xxxxxxxxxxxx e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

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

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

CLÁUSULA 11ª - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

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

Parágrafo Segundo. A cobrança mensal da contraprestação se refere a cobertura do mês corrente contado do 1º dia até o último dia do mês. O valor da primeira mensalidade será calculado pro-rata, de acordo com o número de dias, contado da data de início de vigência do(s) beneficiário(s) no plano de saúde até o último dia do mês corrente. As contraprestações pré-estabelecidas pela CONTRATADA constituem a obrigação de pagamento mensal do(a) CONTRATANTE até a data de vencimento pactuada.

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

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

Parágrafo Quarto. A Autarquia Contratante será responsável pelo pagamento do valor relativo aos segurados em atividade na FURB, na forma do art. 18-B da Lei Complementar Municipal nº 746/2010, enquanto a Contratada será responsável pela integral cobrança dos segurados inativos, aposentados e/ou seus dependentes.

Parágrafo Quinto. Os beneficiários inativos, aposentados, bem como seus dependentes, respondem pessoalmente pelo pagamento integral de todos os valores, que nessa condição forem devidos, diretamente à CONTRATADA, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, art. 18-B da Lei Complementar Municipal nº 746/2010 e Resolução da FURB.

Parágrafo Sexto. O valor da coparticipação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias previstas sobre a Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, referida na cláusula Mecanismo de Regulação, disponível no endereço eletrônico xxxxxxxxxxxx, vigente na data do atendimento. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação serão atualizados conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

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

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

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

Parágrafo Décimo. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE ou o titular inativo, conforme for o caso, responsável pelo pagamento do valor acordado.

Parágrafo Décimo primeiro. Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da Resolução Normativa ANS nº 488/2022, ou outra que venha a substituí-la, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador:

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

CLÁUSULA 12ª - REAJUSTE

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

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

a) Reajuste conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do(s) contrato(s) da Contratante atinja patamar superior a 76% (oitenta e dois por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

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

$$\text{IRT}\% = \left(\frac{\text{SIN}}{82\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

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

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

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

Onde,

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

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

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

- Portanto, quando a sinistralidade do contrato superar o patamar de 76% (setenta e seis por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, (IRT% + IGPM).

b) A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

- Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
- Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

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

a) Quando o número de beneficiários do contrato for inferior a 30 (trinta), o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com menos de 30 (trinta) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

- Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;
- Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

b) O índice de reajuste para contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários será em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, somado ao Índice de Reajuste Técnico - IRT, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a 76% (oitenta e dois por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

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

$$IRT\% = \left(\frac{SIN}{82\%} - 1 \right) * 100$$

Onde,

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

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

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

Onde,

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

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

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

- Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de 76% (setenta e seis por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, (IRT% +IGPM).

c) A CONTRATADA divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.

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

a) Quando se tratar de contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o índice de reajuste será apurado considerando a sinistralidade, nos termos do inciso I, de todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados de forma unificada, somada à variação do índice previsto. Não se aplica o disposto no inciso II.

b) O percentual de reajuste aplicado à carteira de ex-empregados será divulgado pela CONTRATADA em seu Portal Corporativo na Internet em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

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

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

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA publicará, 30 dias antes da data prevista para a aplicação do reajuste, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste acima previsto. **As referidas informações serão disponibilizadas no Portal de Informações da Pessoa Jurídica Contratante no endereço eletrônico: xxxxxxxxxxxx, com acesso restrito, mediante login e senha informados na contratação do plano.**

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

Parágrafo Quinto. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA a que se refere à cláusula Mecanismos de Regulação serão atualizados anualmente. Os reajustes serão aplicados em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre a operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos nas normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXAS ETÁRIAS

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

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 A 18	0,00%
19 A 23	16,00%
24 A 28	14,66%
29 A 33	15,04%
34 A 38	13,07%
39 A 43	12,14%
44 A 48	10,82%
49 A 53	11,63%
54 A 58	16,67%
59 ou +	28,57%

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

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

CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

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

I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-SERVIDORES

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

a) já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa.

• Entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Não é considerada contribuição à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e nem os valores pagos relativos à mensalidade do plano de saúde dos dependentes e agregados;

b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;

c) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da comunicação do direito ao benefício, que deverá ser formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;

d) encaminhe o formulário com a opção de manutenção do plano devidamente preenchido e assinado;

e) a partir da opção de manutenção do plano, na condição de ex-servidor, aposentado ou inativo, assumo o pagamento integral da mensalidade por faixa etária, coparticipação e incluindo, quando houver, os valores relativos ao agravo, decorrente de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Primeiro. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações. A Autarquia não subsidiará de qualquer forma as contraprestações dos inativos ou aposentados, nos termos da Lei Complementar Municipal nº 746/2010.

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

Parágrafo Terceiro. O tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde na condição de inativo será a disposta na Lei Complementar Municipal nº 746/2010.

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

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

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

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

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

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

- a) nos casos previstos no art. 18-B da Lei Complementar Municipal nº 746/2010;
- b) no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE para empregados ativos e ex-empregados.

Parágrafo Décimo. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.

II - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

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

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

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

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários terão direito ao exercício da portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA, sem prejuízo ao direito acima exposto.

CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Será excluído do contrato o beneficiário titular e dependentes, quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual e também, nas situações abaixo:

I. POR INTERESSE DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- a) mediante solicitação do titular ao(a) CONTRATANTE, devendo este(a) comunicar a CONTRATADA no prazo de até 30 dias do pedido. **Neste caso, a exclusão terá efeito a partir da data de ciência da CONTRATADA.**

b) o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA, caso esta não seja comunicada pelo(a) CONTRATANTE no prazo de 30 dias do pedido a que se refere o item anterior. A exclusão, nesta hipótese, terá efeito imediato sem a anuência do(a) CONTRATANTE.

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

- a) mediante comunicação do(a) CONTRATANTE, nos termos previstos na Proposta de Contratação 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, nos termos do art. 18-B da Lei Complementar Municipal nº 746/2010 e normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;

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

- a) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente; permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa; entre outras;
- b) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o(a) CONTRATANTE;
- c) se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, **desde que o beneficiário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, implicará na exclusão do beneficiário e dependente em atraso;**
- d) os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

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

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

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários dependentes inscritos no plano, conforme cláusula de Condições de Admissão, excluídos em razão da perda da condição de dependência ou óbito do titular, poderão exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.

Parágrafo Quarto. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão exercer a portabilidade de carências nesta Operadora ou em outra, nos termos da legislação vigente, conforme comunicação da CONTRATADA.

CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

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

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

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

I. Quando celebrado com Pessoa Jurídica:

1. **Imotivadamente** - Por iniciativa do(a) CONTRATANTE ou CONTRATADA, mediante comunicação formal e escrita remetida à parte interessada, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, observado o disposto abaixo:

a. Caso a rescisão imotivada do contrato ocorra antes de completados 12 meses de vigência mínima, **a parte que solicitar a rescisão do contrato** (CONTRATADA ou CONTRATANTE) sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

2. **Motivadamente** – A qualquer tempo, mediante comunicação formal e escrita remetida a outra parte, com aviso prévio de 30 (trinta) dias:

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

CONTRATANTE;

- c. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
- d. se a pessoa jurídica contratante não aceitar o reajuste proposto pela CONTRATADA em consonância com a Cláusula de

Reajuste;

- e. nos termos do art. 106 da Lei Federal nº 14.133/2021;
- f. 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 quinto.

II. Quando celebrado com Empresário Individual:

1. Constatada a ilegitimidade do(a) CONTRATANTE, a CONTRATADA o notificará para que, em até 60 (sessenta) dias, comprove a regularidade de seu registro nos órgãos competentes. Findo o prazo acima indicado sem a comprovação da regularidade pelo(a) CONTRATANTE, o contrato considerar-se-á rescindido.

2. Motivadamente por iniciativa da CONTRATADA no mês de aniversário do contrato, mediante a comunicação prévia ao CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias: a. Qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

- b. Se verifique a ausência de beneficiários inscritos no contrato; e
- c. Nas hipóteses de fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE.

2.1 A comunicação mencionará os motivos da rescisão contratual.

3. **Motivadamente** – a qualquer tempo, por iniciativa do(a) CONTRATANTE, se a CONTRATADA infringir as cláusulas do presente instrumento, mediante aviso prévio por escrito de 30 (trinta) dias.

4. **Imotivadamente** - por iniciativa do(a) CONTRATANTE, mediante comunicação formal e escrita remetida à CONTRATADA com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, observado o disposto abaixo:

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

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

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

Parágrafo Quinto. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido.

Parágrafo Sexto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensa, sendo garantido o atendimento até a alta do beneficiário, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas de atendimentos ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao(à) CONTRATANTE.

CLÁUSULA 17ª - TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A CONTRATANTE está ciente de que a CONTRATADA tratará informações relativas a uma pessoa física identificada ou identificável (“Dados Pessoais”) para prestar os serviços relativos ao plano estipulado neste contrato e que a CONTRATADA possui o compromisso com a proteção dos Dados Pessoais coletados dos beneficiários de acordo com as leis em vigor, em especial a Lei 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”).

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA envidará seus melhores esforços para proteção das informações coletadas e tratadas em decorrência da execução do contrato, principalmente dos Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis – dentre os quais estão os dados referentes à saúde, dados genéticos ou biométricos – aplicando as medidas de proteção administrativas e técnicas necessárias e disponíveis à época, exigindo de seus fornecedores o mesmo nível aceitável de Segurança da Informação, com base em melhores práticas de mercado, a partir de cláusulas contratuais.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA compromete-se em tratar os Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis de forma restrita aos fins estabelecidos neste contrato, de forma a viabilizar as funcionalidades ofertadas, e prevenindo e evitando o seu uso para quaisquer outros fins alheios aos aqui descritos, ou por terceiros não autorizados.

Parágrafo Terceiro. Na prestação dos serviços objeto deste Contrato, a CONTRATADA poderá realizar o compartilhamento de informações, inclusive Dados Pessoais, com prestadores de serviços contratados, para viabilizar a execução do objeto do contrato e permitir transações administrativas, em especial o Sistema de Intercâmbio, mediante a adoção de medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança das informações.

Parágrafo Quarto. O(A) CONTRATANTE declara e garante que constitui e compartilha com a CONTRATADA os dados dos Beneficiários integrantes deste Contrato de forma lícita e em conformidade com a legislação vigente, em especial a Lei Geral de Proteção de Dados, responsabilizando-se integralmente, inclusive perante a CONTRATADA, pelo tratamento por ela realizado para execução do objeto deste Contrato.

Parágrafo Quinto. Sempre que aplicável, quando houver o tratamento de dados de menores de idade, o(a) CONTRATANTE se compromete em obter junto aos pais ou responsáveis legais o consentimento para tratamento dos Dados Pessoais em cumprimento ao artigo 14 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Parágrafo Sexto. Em caso de qualquer dúvida em relação às disposições sobre o tratamento de Dados Pessoais realizados pela CONTRATADA, o(a) CONTRATANTE e os beneficiários poderão consultar a Política de Privacidade da CONTRATADA no endereço eletrônico xxxxxxxxx ou efetuar contato por meio dos canais de atendimento disponíveis.

Parágrafo Sétimo. Caso exista modificação dos textos legais acima indicados ou de qualquer outro de forma que exija modificações na estrutura da prestação de serviços ou na execução das atividades ligadas a este contrato, as PARTES comprometem-se a adequar as condições vigentes. Se houver alguma disposição que impeça a continuidade do contrato conforme as disposições acordadas, a Parte deverá notificar formalmente este fato à outra Parte, que terá o direito de resolver o presente Contrato sem qualquer penalidade, apurando-se os valores devidos até a data da rescisão.

CLÁUSULA 18ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

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

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

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

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

Parágrafo Quarto. A comunicação da CONTRATADA para o(a) CONTRATANTE será realizada através das seguintes ferramentas de comunicação eletrônica: telefone, e-mail, torpedos (SMS), aplicativos que permitam a troca de mensagens (whatsapp, messenger e outros), informados pelo(a) CONTRATANTE, observadas regras da ANS e o disposto na Cláusula Tratamento de Dados Pessoais, inclusive para o envio de documentos, faturas, notificações de inadimplência, avisos de rescisão contratual, cartas de cobrança, dentre outros.

Parágrafo Quinto. A CONTRATADA não possui responsabilidade por qualquer inconsistência nos dados de contatos fornecidos pelo CONTRATANTE.

II – PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

É a possibilidade de o beneficiário contratar ou aderir a um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou outra operadora, sem cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária, **exceto** quando:

- a) houver prazos remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem; e/ou
- b) quando a cobertura do plano destino for superior ao plano origem: carência integral para cobertura superior e análise de doença e lesão preexistente.

Parágrafo Primeiro. Na portabilidade de carências, quando o beneficiário se encontrar ativo na operadora origem, caberá a este requerer a rescisão do contrato ou vínculo de beneficiário no plano origem, para que possa usufruir dos direitos assegurados no exercício da portabilidade de carências, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo Segundo. Caberá ao beneficiário apresentar no prazo estabelecido pela CONTRATADA no formulário de adesão o comprovante do pedido de cancelamento do seu contrato ou vínculo do plano de saúde com a operadora origem.

Parágrafo Terceiro. A não comprovação do cancelamento no prazo estabelecido, descaracteriza o exercício da portabilidade de carências, evidenciando uma nova inscrição no plano de saúde, ocasião na qual passará a ser devido o cumprimento integral dos períodos de carências, previstos na cláusula PERÍODOS DE CARÊNCIA, e a análise de doenças e lesões preexistentes com aplicação de Cobertura Parcial Temporária, previsto na cláusula DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, quando cabível.

Parágrafo Quarto. A portabilidade de carências não poderá ser exercida nos casos em que o(s) beneficiário(s) estiver(em) em período de internação, exceto quando se tratar de portabilidade por perda de vínculo ou determinada pela ANS, nos termos da legislação em vigor.

III – INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NOS MUNICÍPIOS PERTENCENTE À ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

Na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede nos municípios pertencentes à área de atuação do produto, o atendimento será assegurado pela CONTRATADA, conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde suplementar vigente da data do evento, devendo o beneficiário entrar em contato com a operadora através do telefone indicado no cabeçalho deste contrato e no verso do cartão, para que esta indique o prestador mais próximos para realizar o atendimento.

IV - SIGILO MÉDICO

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

V - CANAIS DE ATENDIMENTO

A CONTRATADA disponibiliza canais de atendimento presencial e telefônico, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações. Os canais de atendimento telefônico estão informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde disponível ao(s) beneficiário(s) e portal da Operadora.

- **SAC:** Atendimento telefônico gratuito e funciona 24 horas nos 7 dias da semana.
- **Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS:** Acesso às informações cadastrais; atualização cadastral, guia médico, despesas assistenciais com o plano, cancelamento do plano, 2º via de boleto de pagamento, demonstrativo para o

Imposto de Renda, chat online para deficientes auditivos e de fala, entre outros. Disponível no endereço eletrônico: xxxxxxxx

- **Correspondências:** As demandas por meio de correio podem ser remetidas à CONTRATADA no endereço da sede: xxxxxxxxxxxxxx, xxxxxx- xxxxxx – xxxxxxxx - CEP: xxxxxxxx.
- **Ouvidoria:** Tem o compromisso de reanalisar e orientar os beneficiários que já registraram a sua manifestação ao SAC e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação.

CLÁUSULA 19ª - FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Blumenau/SC, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

No caso de o presente instrumento ser assinado eletronicamente, desde já as PARTES, expressamente anuem, autorizam, aceitam e reconhecem como válida a assinatura eletrônica neste contrato, bem como eventuais aditivos futuramente firmados, por meio da plataforma xxxxxxxxxxxxxx nos moldes do art. 10 da MP 2.200/01, cientes que este instrumento estará disponível para consulta e impressão na plataforma citada.

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

..... , de de

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

NOME:

CPF:

NOME:

CPF: