

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL Nº 207

TERMO DE CONTRATO Nº 19/2024 DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 67/2024

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA:

CONTRATADA: IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA, entidade privada com fins filantrópicos, com sede na cidade de Porto Ferreira, Estado de São Paulo, Rua Carlindo Valeriani, nº 337, Centro, CEP 13.660-017, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 55.189.930/0001-27, registrada no CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o nº 1275, CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob o nº 2082322 e operadora privada de planos de saúde classificada como Filantropia registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 32.935-5.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

CONTRATANTE: CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA, com sede na cidade de PORTO FERREIRA, Estado de São Paulo, Av.: ENGENHEIRO NICOLAU DE VERGUEIRO FORJAZ nº 1068, BAIRRO: CENTRO, CEP: 13.660-005, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 47.794.169/0001-24 e INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTA, neste ato representado pelo Presidente da CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA, o Sr. SÉRGIO RODRIGO DE OLIVEIRA portador do RG nº 29.474.207-4 e CPF nº 261.289.578-70, tem justo e livremente contratado o seguinte:

DADOS DO PRODUTO

NOME PLANO: DBC MASTER EMPRESARIAL

Nº REGISTRO NA ANS: 456.536/07-3

TIPO CONTRATAÇÃO: Coletivo Empresarial

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Municipal PORTO FERREIRA

ÁREA DE ATUAÇÃO: Municipal

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: Coletivo - (Quarto com 02 leitos)

FORMAÇÃO DO PREÇO: Pós-estabelecido

FATOR MODERADOR: SEM COPARTICIPAÇÃO

PLANO DE SAÚDE - PESSOA JURÍDICA

CLÁUSULA	ASSUNTO	PÁGINA
	QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA, DO CONTRATANTE E DADOS DO PRODUTO	01
1ª	OBJETO DO CONTRATO	02 - 03
2ª	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	03 - 04
3ª	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	04 - 08
4ª	EXCLUSÕES DE COBERTURA	09 - 10
5ª	DURAÇÃO DO CONTRATO	10
6ª	PERÍODOS DE CARÊNCIA	10 - 11
7ª	DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	11 - 14
8ª	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DA REMOÇÃO E DO REEMBOLSO	14 - 15
9ª	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	16 - 18
10ª	FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	18 - 21
11ª	REAJUSTE	22
12ª	FAIXAS ETÁRIAS	23 - 24
13ª	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	24 - 26
14ª	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	26 - 27
15ª	RESCISÃO	27
16ª	DISPOSIÇÕES GERAIS	27 - 31
17ª	DOS CRÉDITOS ORÇAMENTARIOS	31
18ª	DO SUPORTE LEGAL	31
19ª	DA EXECUÇÃO DO OBJETO	31 - 32
20ª	ELEIÇÃO DE FORO	32

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO

1.1 - O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura de atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

2.2 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem os seguintes vínculos com a **CONTRATANTE**:

- ✓ *SERVIDORES PÚBLICOS ATIVOS EFETIVOS E COMISSIONADOS VINCULADOS AO PODER LEGISLATIVO MUNICIPAL*

2.3 - Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- ✓ O cônjuge;
- ✓ O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- ✓ Os filhos e enteados, ambos com até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- ✓ Os tutelados e os menores sob guarda.

2.4 - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.5 - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

2.6 - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2.7 - O beneficiário inscrito após 30 (trinta) dias de sua admissão na empresa CONTRATANTE, para os titulares ou após o nascimento/adoção ou casamento para os

dependentes terá que cumprir todas as carências previstas e ainda preencher a declaração de Saúde para DLP - Doença ou Lesão Preexistente, observada ainda a exigência de manter, no mínimo, 30 (trinta) beneficiários ativos no contrato.

2.8 - Para ser considerado companheiro, é obrigatória a apresentação de declaração escrita de união estável firmada por ambos os companheiros e duas testemunhas que confirmem o fato com firma reconhecida de todas as assinaturas.

2.9 - Continuarão sendo considerados dependentes, os filhos solteiros que estiverem cursando o nível de graduação, até a idade limite de 24 (vinte e quatro) anos.

2.10 - Ao atingir a maioridade, ou, quando perderem a condição de dependente por limite de idade, os filhos já inscritos no plano poderão optar pela sua continuidade, na condição de agregados, mediante solicitação expressa, antes que se efetive a sua exclusão.

2.11 - Também será, excepcionalmente, admitida a inclusão de agregados (somente pai e mãe do titular) quando o beneficiário titular não inscrever nenhum dependente.

2.12 - A adesão do titular ou de seus dependentes deverá ser feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato ou da data de vinculação do titular à pessoa jurídica CONTRATANTE para o não cumprimento das carências previstas, observada ainda a exigência de manter, no mínimo, 30 (trinta) beneficiários ativos no contrato.

2.13 - Para o início do contrato e sempre que for solicitada uma nova inclusão, a empresa CONTRATANTE deverá encaminhar os documentos comprovando a relação de vinculação à pessoa jurídica para os titulares e a de dependência dos beneficiários.

CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1.1 - Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

3.1.2 - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica expressa.

3.1.3 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, mesmo se estiverem relacionados com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, excluindo-se, entretanto, os exames clínicos do

programa de Controle de Saúde Ocupacional PCMSO (exames admissionais, demissionais, periódicos, retorno ao trabalho e mudança de função).

3.1.4 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.1.5 - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

3.1.6 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

3.2.1 - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- c) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

- e) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- f) atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - Atividades educacionais; Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - Atendimento clínico;
 - Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
 - Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo;
- g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
 - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

3.3.1 - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades credenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) Toda e quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- d) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

- e)** O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária (s) de 01 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- f)** Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica, realizados durante o período de internação hospitalar;
- g)** Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h)** Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- i)** Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- ✓ Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - ✓ Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - ✓ Procedimentos radioterápicos ambulatoriais e hospitalares;
 - ✓ Hemoterapia;
 - ✓ Nutrição enteral ou parenteral;
 - ✓ Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - ✓ Embolizações e radiologia intervencionista;
 - ✓ Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - ✓ Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
 - ✓ Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- j)** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- k)** Procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;
- l)** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado

pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;

- m)** Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

3.4.1 - Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental, correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

3.4.2 - A cobertura hospitalar garantirá por cada ano de vigência do contrato:

- a)** Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação;
- b)** A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, o beneficiário se obriga a pagar uma coparticipação calculada em 50% (Cinquenta por cento) sobre o valor das diárias de internação psiquiátrica;

3.4.3 - Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

- c)** A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nas normativas vigentes.

COBERTURAS OBSTÉTRICAS:

- a)** Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b)** Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c)** Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho (a) natural ou adotivo (a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

CLÁUSULA QUARTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº. 9.656/98 consideram-se **EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS** pelo PLANO, os seguintes serviços e procedimentos:

I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a)** empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b)** é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou;
- c)** não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto no art. 26;

II - Procedimentos clínicos ou 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 sejam por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

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

IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos para neoplasia constantes no Rol de Eventos;

VII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

X - Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XI - Transplantes, à exceção de córneas e rins, e dos transplantes de medula óssea;

XII - Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XIII - Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar; e

XIV - Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 - O presente Contrato vigorará pelo prazo de **12 (doze) meses**, contados a partir de 01º de novembro de 2024.

5.2 - O contrato poderá ser prorrogado, por iguais períodos, de acordo com a conveniência da Administração Pública, observado o disposto no artigo 107 da Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA SEXTA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 - As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carências a seguir descritos, contados a partir da data da assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário:

a) Casos de urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;

b) Consultas médicas: 30 (trinta) dias;

c) Exames simples e complementares de diagnósticos: 90 (noventa) dias;

d) Exames de ressonância magnética, tomografia, angiografia, cintilografia e demais exames de alta complexidade: 180 (cento e oitenta) dias;

e) Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: 180 (cento e oitenta) dias;

f) Terapias: 180 (cento e oitenta) dias;

g) Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas: 180 (cento e oitenta) dias;

h) Transplantes de rins / córnea: 180 (cento e oitenta) dias;

i) Partos a termo: 300 (trezentos) dias.

j) Pré-existência: 720 (setecentos e vinte dias);

6.2 - Não será exigida carência quando houver 30 (trinta) beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário, desde que este tenha sido

incluído no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento que o habilitou ao plano de saúde (admissão, nascimento, adoção ou casamento).

6.3 - Após o início do contrato, as carências serão contadas individualmente, por cada beneficiário, a partir da data de sua adesão, considerando a condição de isenção nos casos em que o beneficiário tiver direito.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 - O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.2 - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 558/2022.

7.3 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.4 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.5 - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual 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.

7.7 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

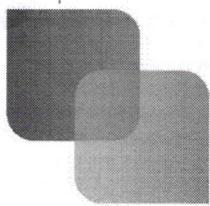
7.8 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou pela declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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

7.10 - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura CONTRATADA, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

7.11 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

7.12 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br



7.13 - É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.14 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.15 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.16 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.17 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova que poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.18 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.19 - Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.20 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.21 - Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da

celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE ou do evento que o habilitou ao plano (nascimento, adoção, casamento).

CLÁUSULA OITAVA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1.1 - É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

- a) Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- b) Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.1.2 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja à necessidade de internação, por período inferior, para:

8.1.3 - Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

8.1.4 - Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

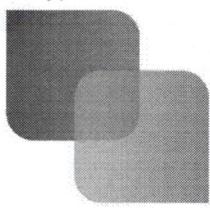
8.1.5 - Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.1.6 - Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

DA REMOÇÃO

8.2 - A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

8.2.1 - Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e



8.2.2 - Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir à necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

8.3 - À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

8.3.1 - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

8.3.2 - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.3.3 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

8.4 - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.4.1 - O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos originais:

- Conta médica hospitalar;
- Nota fiscal ou comprovante de pagamento;
- Relatório do médico assistente indicando patologia, procedimento adotado e a razão da urgência e/ou emergência.

8.4.2 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA NONA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 - Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, credenciado pela CONTRATADA, o Cartão de Identificação do beneficiário, além do documento de identidade do beneficiário-paciente e guia de encaminhamento, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA, ressalvadas as situações de urgência e emergência.

9.1.1 - O beneficiário somente poderá acessar a rede credenciada fora do município de Porto Ferreira mediante encaminhamento do recurso considerado Porta de Entrada que é o Hospital Dona Balbina, devendo esgotar todos os recursos locais para tanto.

9.1.2 - As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do profissional credenciado pela CONTRATADA, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, integrante da rede credenciada da CONTRATADA.

9.1.3 - Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

9.1.4 - As internações feitas em caráter de emergência deverão ser comunicadas à CONTRATADA até o primeiro dia útil subsequente ao evento, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da CONTRATADA, das despesas resultantes do atendimento.

9.1.5 - Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste Contrato, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes da rede credenciada da CONTRATADA e em estabelecimentos de saúde também por ela credenciados, ressalvado as situações de urgência e emergência em que não seja possível a utilização da rede credenciada, porém, restrita à região de abrangência contratual, garantindo-se, ainda, nesta, a realização de procedimentos cobertos pelo contrato com pedido de profissional não pertencente à rede credenciada.

9.1.6 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelas despesas do beneficiário quando estas não estiverem previstas na cobertura descrita no contrato. A CONTRATADA se obriga a dar completa assistência e orientação à CONTRATANTE, para correta utilização dos serviços contratados.

9.1.7 - A utilização de todos os serviços pelos beneficiários, incluindo-se as consultas, os exames, terapias e tratamentos médicos complementares, bem como os atendimentos especializados, internações e cirurgias far-se-á mediante guia de encaminhamento emitida previamente pela CONTRATADA, desde que haja pedido do médico assistente, com a especificação do atendimento a ser realizado e respectivo preenchimento do formulário padrão, de acordo com a ANS.

9.1.8 - Os atendimentos ambulatoriais poderão, somente a critério da CONTRATADA, dispensar guia de encaminhamento.

9.1.9 - A CONTRATADA se obriga a priorizar os casos de urgência para a liberação das guias e nas hipóteses de emergência, poderá o atendimento ser feito sem guia de encaminhamento, comprometendo-se o beneficiário a providenciá-la e entregá-la ao médico ou estabelecimento que procedeu ao atendimento, até o primeiro dia útil após a utilização do serviço.

9.1.10 - Para os procedimentos eletivos, que podem ser agendados, o beneficiário deverá entregar a solicitação médica à CONTRATADA que o encaminhará imediatamente ao seu departamento de auditoria médica para análise, garantindo-se retorno no prazo de 05 (cinco) dias úteis, sendo que para os procedimentos de alta complexidade e internações eletivas, o prazo é de 10 (dez) dias úteis.

9.1.11 - Quando houver situações de divergências em autorizações de procedimentos médicos, a definição do impasse se dará mediante uma junta médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro profissional escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

9.1.12 - Em caso de negativa de autorização pela operadora, o beneficiário poderá solicitar os motivos por escrito, obrigando-se a operadora a fornecer por escrito mediante correspondência ou e-mail no prazo de 24 (vinte e quatro) horas a contar da solicitação da negativa.

9.1.13 - Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços dependerá da comprovação da inscrição no cadastro da CONTRATADA e da apresentação do cartão de identificação do beneficiário.

9.1.14 - Para garantir a cobertura assistencial contratada, a CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este Contrato, centros médicos, hospitais, ambulatorios, consultórios, laboratórios e respectivos profissionais da área de saúde constantes do "Manual de Orientação do Beneficiário".

9.1.15 - A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais constantes do mencionado "Manual de Orientação do Beneficiário", entretanto, toda e qualquer substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

9.1.16 - Quando houver descredenciamento de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá, disso, dar ciência escrita ao (à) CONTRATANTE e a ANS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.1.17 - A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei no 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, proceder à redução da quantidade de hospitais, clínicas e demais credenciados no referido "Manual de Orientação do Beneficiário".

9.1.18 - Ocorrendo os descredenciamentos acima, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento em qualquer outro estabelecimento hospitalar, integrante da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

9.1.19 - Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de qualquer um dos beneficiários regularmente inscritos no presente Contrato, este permanecerá internado, até a regular alta hospitalar e as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.

9.1.20 - Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o (a) CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

10.1 - O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pós-estabelecido. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica CONTRATANTE, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

10.2 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pós-pagamento, os valores relacionados na Ficha Proposta, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, mediante emissão de faturas.

10.3 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Ficha Proposta.

10.4 - Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

10.5 - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

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

10.7 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

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

10.9 - Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que se enquadrar cada beneficiário, conforme abaixo:

FAIXA ETÁRIA	QUANT. BENEF.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
00 a 18 anos	3	R\$ 138,03	R\$ 414,09
19 a 23 anos	0	R\$ 157,36	--
24 a 28 anos	0	R\$ 184,10	--
29 a 33 anos	1	R\$ 217,24	R\$ 217,24
34 a 38 anos	4	R\$ 249,83	R\$ 999,32
39 a 43 anos	2	R\$ 294,80	R\$ 589,60
44 a 48 anos	3	R\$ 339,02	R\$ 1.017,06
49 a 53 anos	1	R\$ 420,38	R\$ 420,38
54 a 58 anos	0	R\$ 550,70	--
59 ou mais	0	R\$ 826,05	--
TOTAL	14	--	R\$ 3.657,69

B

10.10 - Dá-se ao presente contrato o valor estimado de R\$ R\$ 43.892,28 (quarenta e três mil oitocentos e noventa e dois reais e vinte e oito centavos).

10.11 - Fica acordado que o número mínimo de beneficiários exigido para a manutenção das condições contratadas é de 05 beneficiários, que é a base

para a cobrança da fatura mínima, independentemente das exclusões realizadas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 - CLÁUSULA CONTRATUAL PARA EMPRESAS COM MAIS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS NA DATA DA CONTRATAÇÃO – RN 565/ANS

11.1.1 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice do IGP-SAÚDE, IPCA, FIPE-SAÚDE ou outro que venha substituí-los prevalecendo sempre o maior de variação no período. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 02 (dois) meses em relação a data-base de aniversário, considerada está o mês de assinatura do Contrato.

11.1.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) Meta da sinistralidade, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

$$R = \left[\frac{(\text{desp}) - 1}{0,75 \times \text{Rec}} \right] \times 100$$

Onde: R = percentual de reajuste a ser aplicado

desp = total das despesas assistenciais no período

Rec = total de receitas no período

11.1.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este deverá ser procedido de forma complementar ao reajuste financeiro por índice e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.1.5 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

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

11.1.8 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

11.1.9 - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

11.2 - CLÁUSULA ESPECÍFICA PARA EMPRESAS COM MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS NA DATA DA CONTRATAÇÃO - RN 309/ANS

11.2.1 - Para as empresas que inscreverem na data da contratação, o número de beneficiários inferior a 30 (trinta) entre titulares e dependentes, estará AUTOMATICAMENTE enquadrada no dispositivo previsto na RN 309 expedida pela ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, que agrupou os contratos nesta condição para fins de aplicação de reajuste com o objetivo de diluição do risco assistencial.

11.2.2 - Nesta condição a cláusula de reajuste do contrato terá sua vigência suspensa enquanto perdurar a condição que enquadrou a empresa CONTRATANTE nesta resolução, aplicando-se, no período, as seguintes cláusulas:

11.3 - DA APURAÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

11.3.1 - O número de beneficiários será apurado no início da vigência contratual ou no mês de aniversário do contrato.

11.3.2 - Farão parte do agrupamento, todos os contratos coletivos da operadora, empresarial e adesão que contem com até 29 (vinte e nove) beneficiários.

11.3.3 - Caso no decorrer do contrato, ocorra alteração no número de beneficiários ultrapassando a quantidade mínima estabelecida, então o contrato será desvinculado do agrupamento e voltará a ser aplicada a cláusula de reajuste original que ficará sobrestada enquanto perdurar o enquadramento nesta resolução.

11.3.4 - As empresas que mantinham um número maior de beneficiários e que tenham reduzido seu quadro até o mínimo de 29 (vinte e nove) passarão a integrar o agrupamento.

11.4 - DA APLICAÇÃO DO REAJUSTE

11.4.1 - O reajuste será aplicado anualmente no mês de aniversário do contrato, e assim, sucessivamente, e deverá ser único para todos os contratos agrupados.

11.4.2 - A operadora divulgará o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos sempre até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano pelo seu endereço eletrônico na internet, identificando os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

11.4.3 - Juntamente com o percentual de reajuste, a operadora informará também quais as empresas que fazem parte do agrupamento.

11.5 - DA METODOLOGIA DO CÁLCULO PARA O REAJUSTE

11.5.1 - Será aplicada a seguinte metodologia do cálculo para o reajuste:

$$R = \left[\frac{(\text{desp}) - 1}{0,75 \times \text{Rec}} \right] \times 100$$

Onde: R = percentual de reajuste a ser aplicado

desp = total das despesas assistenciais no período

Rec = total de receitas no período

11.5.2 - Será considerado como período de avaliação, o mês de abril de um ano até o mês de março do ano seguinte.

11.5.3 - Quando o percentual de utilização (despesas assistenciais) do grupo não ultrapassar o índice de equilíbrio, será aplicado o percentual de reajuste mínimo conforme índice divulgado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar para reajuste de planos de pessoas físicas.

11.6 - DISPOSIÇÕES GERAIS

11.6.1 - A CONTRATANTE poderá deixar de participar do agrupamento e permanecer na operadora mediante comunicação expressa no prazo de até 30 (trinta) dias antes do término de cada período anual, aplicando-se uma multa de 50% (cinquenta por cento) do seu faturamento caso a saída do grupo ocorra durante a vigência do período contratual anual, bem como será impedida de realizar novas inclusões no mesmo contrato, exceto novos filhos e novo cônjuge.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - FAIXAS ETÁRIAS

12.1 - Quando ocorrer alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 563/22:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas e,

III. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS-RESOLUÇÃO NORMATIVA 563/2003.

12.2 - As mensalidades dos beneficiários com vínculo inativo junto à pessoa jurídica CONTRATANTE, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	14,00 %
24 a 28 anos	17,00 %
29 a 33 anos	18,00 %
34 a 38 anos	15,00 %
39 a 43 anos	18,00 %
44 a 48 anos	15,00 %
49 a 53 anos	24,00 %
54 a 58 anos	31,00 %
59 ou mais	50,00 %

12.3 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.4 - Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão

isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 - Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

13.1.1 - **A CONTRATANTE** assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o **pagamento integral das mensalidades, com a sua abertura por faixa etária,** conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a **Resolução Normativa nº 488 de 2022**, e suas posteriores alterações.

13.1.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

13.1.2.1 - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a)** Indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou
- b)** À razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a 10 (dez) anos.

13.1.3 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar;

13.1.4 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de

trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;

13.1.5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário;

13.1.6 - Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos mesmos termos;

13.1.7 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho;

13.2 - A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos;
- b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletiva empresarial, coletiva por adesão ou de autogestão; ou
- c) Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedida aos seus empregados ativos e ex-empregados.
- d) Pelo falecimento do beneficiário titular

13.3. - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto na legislação vigente.

13.4 - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 488 de 2022, e suas posteriores alterações.

Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

13.5 - No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do

benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A CONTRATADA disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

13.5.1 - Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14 - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

14.1 - Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- d) pelo falecimento;

14.2 - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; e
- d) pelo falecimento do beneficiário titular.

14.3- Caberá tão somente à pessoa jurídica CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

14.4. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE, ou de dependência, previsto neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, e,
- c) nos casos previstos na RN 412 mediante solicitação do próprio empregado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO

15.1 - A suspensão ou rescisão do presente contrato poderá ocorrer, a critério das partes nos casos de:

15.1.1 - Fraude/dolo da CONTRATANTE;

15.1.2 - Descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato;

15.1.3 - Inadimplência da CONTRATANTE por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação judicial, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias.

15.2 - O presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.3 - Não será admitida a inclusão ou exclusão de Usuários durante os prazos de aviso prévio descritos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DISPOSIÇÕES GERAIS.

16 - Integra este contrato, para todos os fins de direito, a Ficha Proposta assinada pelo (a) CONTRATANTE, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Declaração de Saúde do titular e dependentes, Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

16.1 - Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.2 - A CONTRATADA fornecerá aos Usuários o Cartão Individual de Identificação dos Usuários inscritos, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Usuários.

16.3 - É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiários, devolver quaisquer outros documentos porventura fornecidos, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando

isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

16.4 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada à má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

16.5 - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, o (a) CONTRATANTE deverá comunicar o fato, por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 5,00 (cinco reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

16.6 - O beneficiário titular assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Admissão, sobretudo no que diz respeito aos dependentes ali incluídos.

16.7 - O beneficiário titular deverá notificar sobre eventual mudança de endereço, eximindo a CONTRATADA de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

16.8 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.9 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusivas do beneficiário.

16.10 - O Usuário Titular, por si e pelos Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, desde que respeitado o sigilo das informações de saúde.

16.11 - O beneficiário poderá consultar o Rol de Procedimentos Médicos da ANS em vigor por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

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

16.13 - Para entendimento, interpretação, fins e efeitos do presente Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário;
- e) **ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- f) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- g) **ATENDIMENTO ELETIVO:** todo evento que pode ser realizado em horário pré-estabelecido ou aquele em que o beneficiário pode programar seu atendimento médico, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência;

- h) BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica;
- i) CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Contrato (ou da adesão do beneficiário, se posterior), durante o qual os beneficiários não têm acesso às coberturas contratadas;
- j) CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:** cédula onde se determina a identidade do Usuário, comprovante de sua admissão no plano de saúde, permitindo o acesso aos serviços proporcionados pela CONTRATADA;
- k) CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- l) COBERTURA:** segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.
- m) COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- n) COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, nos moldes do Código Civil Brasileiro;
- o) DATA DE RENOVAÇÃO DO CONTRATO:** data de aniversário do Contrato;
- p) DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- q) EMERGÊNCIA:** é a situação que implica em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- r) EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- s) LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES:** mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.
- t) ORIENTADOR MÉDICO:** manual de orientação ao beneficiário sobre os procedimentos para utilização das coberturas, que informa a lista dos serviços próprios e credenciados para atendimento;

- u) **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente;
- v) **PROPOSTA DE ADESÃO:** documento no qual o beneficiário titular informa à CONTRATADA seus dados pessoais e de seus dependentes para fins de inscrição no plano;
- w) **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;
- x) **TABELA DE REFERÊNCIA:** lista indicativa de procedimentos, honorários médicos, materiais, medicamentos, diárias e taxas hospitalares etc., com seus respectivos preços individualizados, pagos aos seus prestadores e credenciados, servindo de parâmetro para fins de reembolso.
- y) **URGÊNCIA:** evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS

17 - As despesas decorrentes da execução deste ajuste correrão por conta da seguinte dotação: 12.12 – 01.122.7005-2258 – 3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO SUPORTE LEGAL

18 - Este contrato obedece às normas fixadas:

18.1 - No Processo de Dispensa de Licitação nº 67/2024, na Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações posteriores, bem como às condições relacionadas no presente contrato, declarando as partes terem integral conhecimento do texto legal relacionado e que a eles se submetem.

18.2 - Nos termos propostos pela CONTRATADA que constem no Processo Int. 163/2024.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA EXECUÇÃO DO OBJETO

19.1 - O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do contrato, e será exercido por um representante da Administração, especialmente designado na forma do artigo 117 da Lei Federal 14.133/2021.

19.2 - O acompanhamento do contrato será realizado por meio de instrumentos de controle, que compreendam a mensuração dos seguintes aspectos:

19.2.1 - A adequação dos serviços prestados à rotina de execução estabelecida;

19.2.2 - O cumprimento das demais obrigações decorrentes do contrato;

19.3 - A CONTRATADA ficará sujeita a mais ampla e irrestrita fiscalização, obrigando-se a prestar todos os esclarecimentos porventura requeridos pelo CONTRATANTE.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - ELEIÇÃO DE FORO

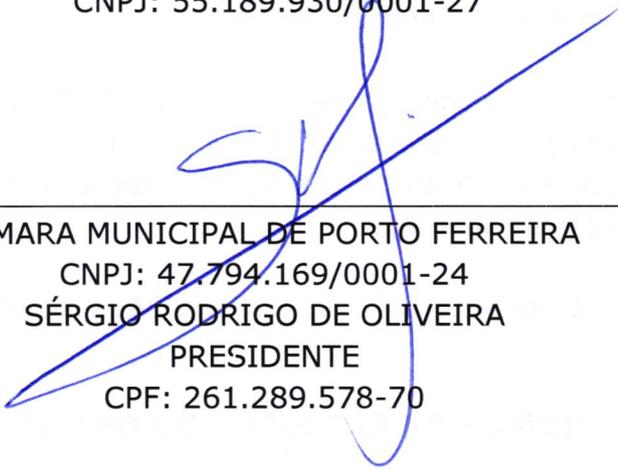
20 - As partes elegem o foro do município de Porto Ferreira para os casos de litígios ou pendência judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Assinam o presente instrumento particular em 03 (três) vias, de igual forma e teor, para um só efeito, na presença de duas testemunhas abaixo identificadas.

Porto Ferreira, 01 de Novembro de 2024.



IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
CNPJ: 55.189.930/0001-27



CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
CNPJ: 47.794.169/0001-24
SÉRGIO RODRIGO DE OLIVEIRA
PRESIDENTE
CPF: 261.289.578-70

Testemunhas:



NATALIA SANTOS DE MORAIS
RG: 57.316.776-X SSP/SP



RENATA CRISTINA FINOCHIO
RG: 24.496.488-9 SSP/SP