

TERMO DE REFERÊNCIA

UNIDADE SOLICITANTE: Administrativo

1. OBJETO

Contratação de operadora/administradora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o art. 1º, inciso i, § 1º, da lei n. 9.656/98, cadastrada na ANS, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela agência nacional de saúde suplementar – ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, da organização mundial de saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela contratada aos servidores do CISBRA.

1.1. Especificação

Operadora/ Administradora de plano privados de assistência à saúde, de acordo com o art. 1º, inciso I, § 1º, da Lei n. 9.656/98, cadastrada na ANS, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

2. NATUREZA DO CONTRATO

Contrato caracterizado pela contratação coletiva empresarial, bilateral, gerando direitos e obrigações entre as partes, conforme disposto nos artigos 458 e 461 do Código Civil Brasileiro e Artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor.

3. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Delimitação perfaz o âmbito regional, estando a sede situada no município de Amparo-SP.

A CONTRATADA deverá oferecer rede credenciada/referenciada, devendo dispor de serviços e especialidades, em número suficiente de profissionais e instituições para o atendimento dos usuários, mantendo o padrão de atendimento em todas as especialidades e em todos os serviços credenciados.

4. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Acomodação COLETIVA caracterizada por apartamentos com no máximo dois leitos e um banheiro em cada apartamento e acomodação em QUARTO PRIVATIVO com banheiro e direito a acompanhante. Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos próprios ou credenciados, é assegurado ao consumidor o acesso à acomodação superior sem qualquer ônus, conforme previsto no artigo 33 da lei 9.656/98.

4.1 Será considerado como (PLANO A) a acomodação em quarto coletivo.

4.2 Será considerado como (PLANO B) a acomodação em quarto privativo.

5. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

A operadora/administradora deverá garantir as condições já estabelecidas pelos usuários na operadora anterior descritos nos itens abaixo; sendo a transferência automática dos servidores. São considerados “usuários titulares” para efeito do convênio os servidores da CISBRA, bem como inativos e pensionistas que percebem pelos cofres do consórcio.

Serão considerados “usuários dependentes” aqueles que mantenham com o usuário titular uma das seguintes relações:

- a) Cônjuge
- b) Filhos (as) solteiros (as) até a maioria segundo a lei ou equiparados, enteado (a) menor sob guarda judicial, tutelado, estendendo-se até 24 anos para ambos os sexos, se universitários, e que forem relacionados pela CISBRA na Proposta de Admissão.
- c) Filhos maiores de 18 anos de idade e incapazes, assim declarados na forma da lei, enquanto perdurar a incapacidade.



- d) Companheiro ou companheira que comprove união estável com entidade familiar, conforme Lei Civil.
- f) Os genitores do servidor titular.
- g) Aos filhos dependentes que perderem essa condição deverá a operadora/administradora facultar o direito de firmar novo contrato individual até 30 (trinta) dias, contados da perda da condição de dependentes, ficando dispensados de cumprir prazos de carência para as coberturas que já tinham direito e já tinham cumprido no plano em que figuravam como dependentes.
- h) O contrato deverá prever cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotados até 12 (doze) anos de idade, durante os primeiros trinta dias de vida ou adoção.
- i) Deverá ser assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho biológico ou adotivo de até 12 (doze) anos de idade, como dependentes, isentos do cumprimento dos períodos de carências, agravo ou cobertura parcial temporária, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.
- j) Se o usuário contrair matrimônio ou iniciar união estável durante vigência deste contrato, para que seu conjugue/companheiro seja considerado usuário dependente, deverá ser inscrito no plano dentro do prazo até 30 (trinta) dias, contados da data do casamento ou do início da formalização da união estável, vigorando a partir desta data a obrigação de pagamento de mensalidade para o novo usuário.
- k) O CISBRA obriga-se a fornecer, no ato da assinatura do presente contrato, a relação dos usuários que serão inscritos como titulares, dependentes e agregados, com nome e qualificação completa de cada um deles, além dos documentos oficialmente instituídos, bem como comprovação de vínculo do servidor (no caso do usuário titular)
- l) Os novos servidores que forem contratados após a data da assinatura deste contrato, deverão ser inscritos como usuários dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados de sua admissão, acompanhada da documentação exigida, sob pena de cumprimento de carência.
- m) O CISBRA obriga-se a comunicar a CONTRATADA, mensalmente e por escrito, até o dia 15 (quinze) de cada mês, as novas inclusões e exclusões de usuários no plano ora



contratado, remetendo os documentos necessários para comprovação do vínculo do servidor municipal.

n) Compete O CISBRA, quando do fornecimento da lista de dependentes, justificar o vínculo de dependência ou parentesco conforme este artigo, comprovando-o, quando necessário, por todos os meios de prova em direito admissíveis para o caso.

o) A exclusão do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes e agregados.

p) Os usuários dependentes, na qualidade de filhos, que venham a contrair matrimônio, perderão a condição de dependentes, obrigando-se o usuário titular a comunicar o fato por escrito, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do registro civil, à CISBRA, a qual deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA.

q) Na hipótese de o usuário titular não comunicar à CISBRA os casos de maioridade, emancipação ou matrimônio de seus filhos usuários dependentes nos prazos acima dispostos e estes continuarem a se utilizar dos serviços objeto do presente contrato ficará o usuário titular obrigado a reembolsar todas as despesas provenientes desta utilização.

r) Os (as) filhos (as) solteiros (as) com idade até 24 (vinte e quatro) anos, quando cursando faculdade, para terem direito a ser mantidos no plano como usuários dependentes, deverão comprovar, semestralmente, sua inscrição e matrícula no curso superior.

s) É obrigação do usuário titular, nos casos de sua exclusão ou de exclusão de seus dependentes ou agregados, por qualquer motivo, devolver os cartões de identificação de usuário e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA.

t) Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para a obtenção, atendimentos, mesmo que na forma contratada pelos usuários titulares, usuários dependentes ou usuários agregados, que perderem essa condição por exclusão ou, em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam usuários com ou sem o conhecimento destes.

u) Ocorrendo a perda ou extravio do cartão, o usuário titular deverá participar imediatamente o ocorrido à CISBRA, que, por sua vez deverá informar imediatamente a CONTRATADA para cancelamento do documento e emissão da segunda via, quando for

o caso. A ausência da comunicação acarretará a responsabilidade do titular pela utilização indevida.

v) Para emissão da 2ª (segunda) via do cartão de identificação deverá O CISBRA encaminhar solicitação formal à CONTRATADA e realizar pagamento de importância de R\$ 10,00 (dez reais) correspondentes a taxa de emissão da respectiva via, valor este a ser descontado da folha de pagamento do servidor (usuário titular), mediante sua expressa autorização.

6. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O presente contrato garante cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID 10) da Organização Mundial da Saúde, através de normas e procedimentos do Rol de Procedimentos nº 82/04 da ANS e suas atualizações.

Os usuários farão jus, cumpridas as carências fixadas da cláusula de carências e dentro dos limites deste contrato, aos seguintes serviços:

- a) Consultas Médicas sem limite de utilização, abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- b) Serviços Ambulatoriais e de Apoio Diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos dentro da cobertura prevista neste contrato, quando solicitados e justificados por médico assistente, em formulário específico da CONTRATADA.
- c) Internações Hospitalares Clínicas e Cirúrgicas abrangendo as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e aqueles considerados como alta complexidade, assim identificados por ato do Ministério da Saúde, quando solicitadas e justificadas por médico assistente, em formulário específico da CONTRATADA.
- d) Atendimento em Pronto Socorro, em caráter de urgência emergência;
- e) Remoção inter-hospitalar;
- f) Próteses e Órteses Nacionais ou Nacionalizadas e devidamente registradas junto a Anvisa;
- g) Transplante de Rim e Córnea



h) Todos os procedimentos constantes do rol estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e Lei 9.656/98, bem como suas atualizações.

Nas consultas médicas de urgência/emergência, o usuário será atendido pelo médico plantonista, nos hospitais próprios ou credenciados da CONTRATADA.

Os usuários terão direito a cobertura ambulatorial em conformidade com as normas da ANS para os seguintes procedimentos considerados especiais:

1. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
2. Quimioterapia ambulatorial;
3. Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
4. Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
5. Hemoterapia ambulatorial;
6. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as disposições e condições de cobertura impostas pela Agência.

Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- I - Atividades educacionais;
- II - Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- III - Atendimento clínico;
- IV - Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- V - Implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo;

Os procedimentos de alta complexidade, bem como as internações deverão ser autorizadas pela CONTRATADA sem limitação de prazo, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva), competindo ao médico assistente definir e justificar os períodos de internação. A obrigação de prestar os serviços de internação hospitalar compreende: cobertura das despesas com diárias hospitalares, prestação de serviços médicos, exames diagnósticos, serviços gerais de enfermagem, alimentação, toda e qualquer taxa, anestésicos, gases medicinais, sessões de quimioterapia e radioterapia, materiais e medicamentos usados na internação pelo usuário e prescritos pelos médicos assistentes. A CONTRATADA garantirá, também, cobertura em relação às cirurgias buço-maxilo-facial e aos procedimentos considerados especiais conforme determina o artigo 5º, incisos I e II da Resolução CONSU nº 10/98, a saber:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
7. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
 8. Quimioterapia;
 9. Radioterapia incluindo radiomoldage, radioimplante e braquiterapia;
 10. Hemoterapia
 11. Nutrição parenteral e enteral;
 12. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 13. Embolizações e radiologia intervencionista;
 14. Exames pré-anestésicos ou pré cirúrgicos;
 15. Fisioterapia
 16. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

A relação desta cláusula é taxativa, responsabilizando-se o TITULAR por quaisquer outras despesas, o pagamento destas despesas deverá ser realizado pelo usuário diretamente ao hospital.

Na hipótese de internação de usuários menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou portadores de incapacidade civil, a CONTRATADA garantirá a presença de acompanhante, independentemente do tipo de acomodação contratada e se responsabilizará, além da cobertura prevista neste contrato, por todas as despesas de alimentação que se fizerem necessárias deste acompanhante no hospital, dentro dos limites contratuais.

Nos casos de transtornos psiquiátricos os usuários terão cobertura para todos os transtornos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), com as seguintes características:

17. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativa de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
18. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais na área de saúde mental com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 sessões por ano de contrato, não cumulativas.



19. Tratamento básico que é aquele prestado por médico, com número limitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente

20. Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

- I - O custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- II - Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do beneficiário de 50 % (por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- III - 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 plano.
- IV - A cobertura do tratamento em regime de hospital dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

Os usuários terão direito a transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

Os usuários candidatos a transplante de órgãos provenientes de “doador cadáver”, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e seleção.

A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas centrais de notificações, captação e distribuição de órgãos (CNCDOs) integrantes do sistema nacional de transplante.

As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – portaria GM nº 3407 de 05/08/98 do Ministério da Saúde – que dispõe quanto a forma, autorização e cadastro junto ao sistema nacional de transplantes (SNT) É de competência privativa das centrais

de notificação: capacitação e distribuição de órgãos (CNCDOs), dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor.

Determinar o encaminhamento de equipe especializada;

Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;

Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante incluindo:

- i. Despesas assistenciais com doadores vivos;
- ii. Medicamentos utilizados durante a internação;
- iii. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio exceto medicamentos de manutenção;
- iv. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

Os usuários terão cobertura para o fornecimento de Prótese e Órtese Nacionais ou Nacionalizadas e devidamente registrados junto a ANVISA bem como de seus respectivos assessórios, desde que ligados à ato cirúrgico coberto por este contrato.

Os usuários terão direito a prestação de serviços de cirurgia plástica reparadora e 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.

Os usuários terão direito também, a remoção inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista neste contrato, que se dará entre hospitais de rede própria ou credenciada da CONTRATADA quando em internações iniciadas e cobertas pela CONTRATADA.

Na remoção inter-hospitalar do usuário, o meio de transporte a ser utilizado será definido pelo médico assistente e a CONTRATADA.

A remoção somente será realizada após a confirmação de vaga no hospital destino.

Fica acordado que a cobertura de remoção nos casos de urgência e emergência será regida pelo disposto no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/98.

7. EXCLUSÕES DE COBERTURA



Fica expressamente ajustado entre as partes que o presente contrato não cobre os serviços médico hospitalares em face dos seguintes procedimentos:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) Inseminação artificial;
- e) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro na ANVISA;
- h) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora/administradora em substituição à internação hospitalar;
- i) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, importados não nacionalizados e não registrados junto à ANVISA;
- j) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- k) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, a exceção dos honorários e materiais utilizados;
- l) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) Despesas de acompanhantes, excepcionadas:



- I. Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
- II. Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências;
- III. Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
 - n) Cirurgia para mudança de sexo;
 - o) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
 - p) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados a Operadora/Administradora à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
 - q) Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar; r) Aplicação de vacinas;
 - s) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
 - v) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
 - w) Especialidade médica não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
 - x) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idoso;
 - y) Transplante, à exceção de córnea e rim e transplantes autólogos;
 - z) Consultas domiciliar;

aa) Procedimentos que sejam excluídos ou que não constem do rol estabelecendo pela Agência Nacional de Saúde Suplementar frente às Operadoras/Administradoras de Saúde e conforme Lei 9.956/98 e suas atualizações.

8. VIGÊNCIA

A contratação dos serviços objeto da presente licitação, será pelo prazo de 60 (sessenta) meses, podendo ser prorrogado por igual período, até o limite de 120 (cento e vinte) meses, conforme previsão constante do artigo 106, da Lei Federal nº 14.133/21.

No entanto a administração deverá atestar, no início da contratação e de cada exercício, a existência de créditos orçamentários vinculados à contratação e a vantagem em sua manutenção.

9. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Os serviços prestados aos usuários regularmente incluídos na Proposta de Admissão a ser apresentada pelo CISBRA na mesma data da assinatura do presente instrumento, estarão isentos de qualquer período de carência, sendo os serviços prestados imediatamente após a assinatura do contrato.

Também não haverá carência para prestação dos serviços aos servidores e seus dependentes, desde que inclusos no plano em até 30 (trinta) dias de assinatura do contrato de prestação de serviços de assistência médica ou hospitalar ou da admissão do servidor pelo CISBRA.

Em relação às novas inclusões, referentes à usuários que já figuravam como servidores municipais no momento desta contratação e que venham a ser solicitadas após 30 (trinta) dias da assinatura do contrato ou referentes a usuários titulares ou dependentes cujas solicitações de inclusão sejam efetuadas após o prazo estabelecido (30 dias de sua admissão), incidirão os seguintes períodos de carência:

a) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais, desde que possam implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. Para os demais casos de urgência e emergências não decorrentes de acidentes pessoais, estando o usuário em período de



cumprimento de carências para internações hospitalares, o atendimento se limitará as coberturas ambulatoriais, respeitadas as regras da cláusula de urgência e emergência.

b) 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples de rotina, laboratoriais de patologia clínica (exceto os exames hormonais e imunológicos), raio X simples (exceto mamografia, densitometria óssea, neuro-radiologia, angiografias e radiologia intervencionista) eletrocardiograma e eletroencefalograma convencionais.

c) 90 (noventa) dias para demais serviços de apoio, diagnóstico e terapia, bem como exames especializados a saber, ultrassonografias em geral, MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) Holter, ecocardiografia de qualquer tipo, ecodoppler vascular (ultrassom vascular ou duplex, scan vascular), imunoperoxidase, hibridação molecular, eletromiografia, polissonografia, eletroencefalograma prolongado, mapeamento cerebral, estudo P-300, colangiopancreatografia endoscópica com ou sem papilotomia, colonoscopia com ou sem polipectomia, vídeo-laparoscopia diagnóstica, endoscopia digestiva alta, broncoscopia de qualquer tipo, exames hormonais, exames imunológicos, prova ventilatória completa de qualquer tipo, medicina nuclear magnética (todas), procedimentos diagnósticos em hemodinâmica (todas) com ou sem procedimentos terapêuticos, PH-metria, videohisteroscopia, punções-biopsias aspirativas P.B.A (todas), retinografia simples e fluorescente, microscopia especular de córnea, cerastocopia computadorizada, BERA (potenciais auditivos do tronco cerebral), vecto-eletristagmografia, vídeo-artroscopia, urodinâmica, cintilografia.

d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos, ambulatoriais ou hospitalares; hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD; quimioterapia, radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações e radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos, cirurgias oftalmológicas;

e) 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas, inclusive transplantes de rins e córneas;

f) 180 (cento e oitenta) dias para internações em Unidade de Terapia Intensiva;

g) 180 (cento e oitenta) dias para atendimentos obstétricos e procedimentos relativos ao pré-natal

- h) 180 (cento e oitenta) dias para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos;
- i) 90 (noventa) dias para fisioterapia;
- j) 180 (cento e oitenta) dias para parto a termo;
- k) 180 (cento e oitenta) dias para eventos obstétricos não relacionados a partos a termo.

10. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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.

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofedor, 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 162/2007.

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.

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 ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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. 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 sofedor, 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.

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.

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, 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.

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.

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/administradora e o beneficiário.

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.

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



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

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.

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.

Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

A CONTRATADA 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.

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

Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Após julgamento, e acolhida a 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.

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.

Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, 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.

11. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Atendimento de Urgência e de Emergência em Pronto Socorro Próprio da Contratada dentro da área de abrangência.

Nos casos de urgência ou emergência, os usuários poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços próprios ou contratados pela empresa contratada na modalidade prevista no contrato, conforme previsto na Resolução nº 13 (treze) do CONSU, devendo, para tanto, identificarem-se como Usuários, apresentar a carteira de identificação válida e R.G.

As coberturas de procedimentos de urgência ou emergência são aquelas que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis aos pacientes, incluindo as resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional, regendo-se pela garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o Usuário ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão).

Quando o atendimento de urgência ou emergência for efetuada no decorrer do período de carência para internação, fica garantida a cobertura do atendimento ambulatorial, limitada às primeiras 12 (doze) horas, igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial não garantido, portanto, cobertura para internação.

Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional, porém a usuária estiver em período de carência, fica assegurado o

atendimento ambulatorial limitado às primeiras 12 (doze) horas, não garantindo, portanto, a cobertura para internação.

Em todos os casos de cobertura de urgência ou emergência fica limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, findo este prazo, a responsabilidade financeira passará a ser do USUÁRIO, não cabendo ônus à EMPRESA CONTRATADA e as remoções obedecendo o disposto na cláusula de remoção.

Entretanto, em todas as situações de urgência ou emergência sujeita à cobertura ambulatorial limitada às primeiras 12 (doze) horas, quando for necessária a realização de procedimento exclusivos de cobertura hospitalar em tempo menor do que 12 (doze) horas de cobertura, cessará sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do USUÁRIO, não cabendo ônus a EMPRESA CONTRATADA e as remoções obedecerão ao disposto na cláusula de remoção.

O atendimento de urgência decorrente de acidentes pessoais, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

Fica claro que nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar ou, como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da EMPRESA CONTRATADA.

12. REEMBOLSO

A EMPRESA CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações do contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência deste contrato nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando for comprovadamente impossível a utilização de serviços próprios contratados ou credenciados da EMPRESA CONTRATADA.

O valor do reembolso será correspondente aos das tabelas adotadas para pagamento dos médicos, serviços e hospitais credenciados da EMPRESA CONTRATADA, conforme dispõe o art. 12, VI da Lei 9656/98.

O reembolso de que trata a cláusula anterior, será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias, contadas da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:



O beneficiário terá o prazo de 1 (hum) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio a ser fornecido pela contratada;
- b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos de urgência ou emergência realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) Recibos individualizados de horários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnósticos e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados no pedido do médico assistente.

Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

13. REMOÇÃO

Os usuários terão direito também a remoção inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, que se dará entre os estabelecimentos da rede própria ou credenciada pela EMPRESA CONTRATADA, quando em internações iniciadas e cobertas pela CONTRATADA.

Na remoção inter-hospitalar do usuário, o meio de transporte a ser utilizado será definido pelo médico assistente e a CONTRATADA.

A remoção somente será realizada após a confirmação de vagas no hospital destino.

A cobertura da remoção nos casos de urgência e emergência será regida pelo disposto no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/98.

14. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

14.1 CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A CONTRATADA fornecerá ao usuário 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.

Em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação.

Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o beneficiário deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 10,00 (dez reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

14.2 CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

A CONTRATADA, obedecida a Abrangência Geográfica e Segmentação Assistencial deste contrato e satisfeitas as respectivas condições, assegurará aos beneficiários regularmente inscritos os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, observados os períodos de carência e a cobertura obrigatória disposta no Rol de Procedimentos e Eventos, vigente à época do evento.

Os atendimentos serão realizados através de seus médicos de família pertencentes ao programa Atenção Primária à Saúde, especialistas e serviços credenciados pertencentes ao plano adquirido, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações constam no

“Guia Médico”.

As consultas médicas deverão ser realizadas inicialmente através dos médicos de família pertencentes ao programa de Atenção Primária à Saúde os quais farão o encaminhamento aos demais médicos especialistas da Rede Credenciada.



As consultas médicas direcionadas pelo médico da Atenção Primária à Saúde deverão ser agendadas previamente pelos beneficiários nos telefones e endereços dos consultórios dos médicos escolhidos livremente entre os prestadores da CONTRATADA, constantes no “Guia Médico”.

Os exames complementares e os serviços auxiliares de apoio e de diagnóstico serão prestados na rede própria, contratada ou credenciada da CONTRATADA, mediante apresentação de “Guia de solicitação de SADT”, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista/buco-maxilo devidamente habilitado, previamente autorizada pela CONTRATADA.

Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).

Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar o documento mencionado, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano de saúde emitido pela CONTRATADA.

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

Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista.

A CONTRATADA garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior, quando dor caracterizada urgência.



O beneficiário deverá comunicar a CONTRATADA a dificuldade de agendamento com a rede de prestadores, ficando a CONTRATADA responsável pelo agendamento, respeitando a área de abrangência geográfica do plano contratado, os prazos e condições previstos na Resolução Normativa nº 259 e suas possíveis atualizações da Agência Nacional de Saúde Suplementar e demais disposições avençadas neste instrumento.

O pagamento realizado diretamente ao prestador não pertencente à rede de prestadores da CONTRATADA, sob a justificativa de dificuldade de agendamento, não será reembolsado caso não exista protocolo de atendimento informado a dificuldade à CONTRATADA, com exceção dos casos de urgência e emergência respeita à área de abrangência geográfica do plano contratado e demais disposições pactuadas neste contrato.

Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar será considerado o acesso a qualquer prestador habilitado para o atendimento e não necessariamente, a um prestador escolhido pelo beneficiário.

Nos casos em que for obrigatória a garantia de transporte a CONTRATADA oferecera um meio de transporte de sua escolha ou reembolso respectivo (ficando a critério exclusivo da CONTRATADA o critério a ser utilizado), observando os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário e estendendo o direito ao acompanhante para menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

Não serão reembolsadas despesas com alimentação.

A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de uma Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora/administradora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso esta pertença à rede credenciada.

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



É facultada a substituição de entidade hospitalar desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração nas normas sanitárias e fiscais em vigor. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste contrato.

Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, 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.

O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS, e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

15. DOS PREÇOS E CO-PARTICIPAÇÃO

Os preços de mensalidade, exames e coparticipação serão de acordo com as propostas apresentadas.

16. FAIXAS ETARIAS

16.1 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

16.2 - A variação por faixas etárias para os fins valorização deste contrato serão:

FAIXAS ETÁRIAS PERCENTUAL

1ª de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos

2ª de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade



3ª de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade



4ª de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade



5ª de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade



6ª de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade



7ª de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade



8ª de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade



9ª de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade



10ª de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais



16.3 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.



16.4 - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.



16.5 – 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.



17. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURIDICOS DE PLANOS COLETIVOS

O usuário que contribuir para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, fica assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial e acomodação ora contratadas, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 30 da mencionada lei e resolução 20 do CONSU.



O direito mencionado somente será concedido se o empregado tiver contribuído para o plano e mantido pelo período de 1/3 do tempo em que o usuário tenha permanecido no plano, assegurando-lhe o prazo mínimo de 6 meses e o prazo Máximo de 24 meses. A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo



familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. Em caso de morte do titular, o direito de permanência será assegurado aos dependentes cobertos pelo presente plano, desde que assuma o seu pagamento integral, dentro do prazo e condições mencionadas no parágrafo anterior.

O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

O direito à comunidade assistencial assegurado nesta cláusula, no mesmo plano e nas mesmas condições contratadas pela CONTRATANTE, deixará de ser assegurado ao usuário quando da sua admissão em novo emprego.

Ao aposentado que contribui para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam a Lei 9656/98, em decorrência de vínculo empregatício, por período inferior a dez anos, fica assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, à razão de 1 ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, nos termos do artigo 31 da mencionada Lei e resolução 21 do CONSU.

Para gozo do direito assegurado no artigo 31 da lei 9656/98, observar-se-ão as condições de manutenção obrigatória de todo o grupo familiar inscrito quando da aposentadoria, ficam asseguradas as vantagens obtidas pelos empregados decorrentes das negociações coletivas de trabalho, em caso de morte do titular o direito de permanência será assegurado aos dependentes e agregados cobertos pelo presente plano, desde que assuma seu pagamento integral, dentro do prazo e condições mencionadas no parágrafo anterior. O direito assegurado deixará de existir quando da admissão do usuário em novo emprego.

O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício aludido no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento, em resposta a comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

Conforme parágrafo 9º do artigo 2º CONSU 20 e 21, no caso de encerramento ou cancelamento do contrato coletivo, incluindo-se o grupo de usuários ativos e inativos, demitidos e aposentados conforme artigo 30 e 31 da Lei 9656/98, serão respeitadas as regras da Resolução Consu nº 19.

A EMPRESA CONTRATADA garantirá a migração para plano individual/familiar, em caso de cancelamento do plano coletivo, desde que a opção seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento.

Para efeito de contagem e prazos de carência considerar-se-á o período de permanência do usuário no plano coletivo cancelado, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

18. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A exclusão do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes.

O término da menoridade civil dos “usuários dependentes”, nos termos previstos pelo art. 5º do Código

Civil, acarretará a perda da qualidade de dependente para os efeitos deste contrato, obrigando-se o CONTRATANTE a comunicar o fato, por escrito e mediante protocolo à EMPRESA CONTRATADA e devolver o cartão de identificação imediatamente a EMPRESA CONTRATADA, exceto nos casos de maioridade por idade que será verificado pela EMPRESA CONTRATADA administrativamente.

Conforme artigo 5º do Código Civil, a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil e cessará, para os menores, a incapacidade pelos casos descritos abaixo:

- I – Pela concessão dos pais ou de um deles na falta de outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;
- II – Pelo casamento;
- III – Pelo exercício de emprego público efetivo;
- IV – Pela colocação de grau em curso de ensino superior;

V – Pelo estabelecimento civil ou comercial ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, no plano pessoa física, individual ou familiar em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda dessa qualidade, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, nas mesmas condições de coberturas ora contratadas, e se optar por outra modalidade que abranja novas coberturas, deverá cumprir as carências para as novas coberturas.

19. RESCISÃO/SUSPENSÃO

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na rescisão, a critério da CONTRATADA.

O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

- 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 CONTRATANTE;
- c) por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
- d) se não for mantido o número mínimo de usuários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto abaixo.

Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá ao CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capta das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes

20. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO

A LICITANTE VENCEDORA deverá disponibilizar em até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do Termo de Contrato, Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de

Doenças com unidade física sediada no Município de Amparo tendo no mínimo 1 (um) programa registrado na ANS - Agência Nacional de Saúde.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

Na eventualidade da insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da EMPRESA CONTRATADA, a EMPRESA CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da Proposta de Admissão para a devida apuração.

O usuário poderá optar por internações hospitalares em acomodação superior às previstas neste contrato. Esta opção, todavia, implicará no pagamento pelo próprio usuário, diretamente aos Hospitais e aos médicos, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, sendo que a EMPRESA CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente entre as partes, pois tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

A EMPRESA CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada neste contrato.

22. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

O vencedor desta licitação se obriga recolher a título de garantia contratual, valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor global do contrato proposto.

Declaração do licitante de que, caso seja vencedor do certame, apresentará para a assinatura do contrato Prova de Registro da Operadora/Administradora e dos Produtos oferecidos junto à A.N.S., na forma prevista na Lei 9.656 de 03 de junho de 1998

23. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO

Contratação se faz devido a necessidade da administração pública, em atendimento ao pleito aprovado em Assembleia de Prefeitos conforme Ata da 13ª Reunião realizada em 16 de outubro de 2013 registrada sob nº 023640.

24. QUANTITATIVO



Item	Faixa Etária	Qtde	Unid,	Descrição	Preço Médio estimado Unitário Mensal por Faixa Etária	Preço Médio estimado Total Mensal por Faixa Etária	Preço Médio Total Anual por Faixa Etária
01	0-18	0	Pessoas	Contratação de operadora/administradora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o art. 1º, inciso i, § 1º, da lei n. 9.656/98, cadastrada na ANS, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela agência nacional de saúde suplementar – ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, da organização mundial	R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	19-23	0			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	24-28	0			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	29-33	2			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	34-38	1			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	39-43	4			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	44-48	1			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	49-53	2			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	54-58	2			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	59 +	0			R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX
	TOTAL				R\$ XXX,XX	R\$ XX.XXX,XX	R\$ XXX.XXX,XX

Os quantitativos poderão variar de acordo com o aumento ou diminuição do quadro de Servidores da entidade.

25. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. São obrigações da contratante:

4.1.1. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas na solicitação da compra;

4.1.2. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

4.1.3. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;

26. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1. A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes da proposta aceita e, ainda:

5.1.1. Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes da proposta, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão as indicações referentes a: marca, fabricante, modelo, procedência e prazo de garantia ou validade;

5.1.2. Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o objeto com avarias ou defeitos;

5.1.3. Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

27. FORMA E PRAZO DE PAGAMENTO

6.1. O pagamento será realizado no prazo máximo de até 30 dias, contados a partir do recebimento da Nota Fiscal ou Fatura, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

6.1.1. A Nota Fiscal/Fatura liquidada, deverá, obrigatoriamente, conter o mesmo CNPJ/MF do vencedor da contratação e atestada pelo fiscal do contrato.

6.2. Considera-se ocorrido o recebimento da nota fiscal ou fatura quando o órgão contratante atestar a execução do objeto do contrato.

6.3. Constatando-se alguma irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

28. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Everton Luis Ferreira de Oliveira