**PROCESSO LICITATÓRIO SIMA N°. 001/2021**

**TOMADA DE PREÇO Nº. 001/2021**

**1. DA LICITAÇÃO**

O Município de Salto Veloso, Estado de Santa Catarina, por intermédio de seu Prefeito Municipal Nereu Borga, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 82. 827. 353/0001-24, por meio do Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA, por intermédio de seu Diretor Executivo Rudinei Muller, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº. 15. 465. 292/0001-05, com sede na Travessa das Flores, nº 58, Bairro Centro, Salto Veloso - SC, COMUNICAM aos interessados que fará realizar licitação na modalidade TOMADA DE PREÇO nº. 001/2021 para contratação do objeto abaixo indicado. Os envelopes de habilitação e proposta deverão ser protocolados no Setor de Protocolo, localizada na sede deste Município, na **Travessa Das Flores, 58**, Centro, Salto Veloso, SC, até às **09h00min do dia 02 de julho de 2021** para abertura no mesmo dia **às 09h15min.**  A presente licitação será do tipo **MENOR PREÇO UNITÁRIO (por pessoa)**, consoante às condições estatuídas neste Edital, e será regida pela Lei Federal n. º 8.666/93 e alterações posteriores em conformidade Lei Federal n° 10. 520, de 17 de julho de 2002, com aplicação subsidiária da Lei n° 8. 666/93 e alterações posteriores e demais normas legais Federais e Estaduais vigentes, torna público que realizará processo licitatório na modalidade Tomada de Preço, do tipo "menor preço”. A Sessão Pública terá início **09h15min** e será realizada na **sala de Licitações Prefeitura, localizado na Travessa Das Flores 58, no município de Salto Veloso – SC.**

**1 - DO OBJETO**

A presente licitação tem por objeto a contratação de Plano de Assistência à Saúde, exceto serviço, odontológicos, na prestação de Plano Privado de Assistência à Saúde na modalidade PRÉ-PAGAMENTO registrado na Agência nacional de Saúde - ANS, de **abrangência em todo Estado de Santa Catarina**, regime ambulatorial, hospitalar e obstetrícia em acomodação enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais para os servidores efetivos – ativos e inativos - e seus dependentes do Município de Salto Veloso/SC e da Câmara de Vereadores de Salto Veloso, conforme Lei complementar nº 38 de 01 de junho de 2016, seguindo as condições descritas pelo Edital e seus anexos..

1.1 Especificação do item no ANEXO I – Termo de Referência, pag. 12, deste edital

**1.2** O valor máximo admissível por **pessoa** do presente certame será de R$ 669,95 (Seiscentos e sessenta e nove reais e noventa e cinco centavos), devendo ser usada como parâmetro a tabela por faixa etária abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| Faixa Etária | Valor Unitário (por pessoa) |
| 0 a 18 | R$ 114,74 |
| 19 a 23 | R$ 143,43 |
| 24 a 28 | R$ 181,30 |
| 29 a 33 | R$ 214,57 |
| 34 a 38 | R$ 252,44 |
| 39 a 43 | R$ 286,52 |
| 44 a 48 | R$ 324,40 |
| 49 a 53 | R$ 368,45 |
| 54 a 58 | R$ 470,11 |
| 59 ou mais | R$ 669,95 |

**2. DAS CONDIÇÕES ESSENCIAIS DESTA CONTRATAÇÃO**

2.1. Inicialmente estamos trabalhando com o número aproximado de 145 servidores/contribuintes, porém este número é apenas uma estimativa, tendo em vista que, o número de Servidores/contribuintes poderá ser alterado para mais ou para menos, dependendo dos interessados em permanecer no plano ou os que poderão vir a serem contratados.

2.2. O plano contratado deverá ter abrangência em todo território Estadual (Santa Catarina).

2.3. A presente contratação tem prazo inicial de 12 (doze) meses de vigência. Alcançado o termo final de vigência inicialmente prevista, o contrato poderá ser renovado por períodos iguais e sucessivos, até o limite total de 60 (sessenta) meses. Os serviços deverão ser prestados conforme a necessidade dos Contribuintes/ Servidores.

2.4. A empresa vencedora assumirá inteira responsabilidade com a prestação dos serviços, objeto deste Edital, nos prazos requisitados pelo Município no valor do lance final registrado em Ata, entregues, sob orientação de pessoa responsável designada pelo Município de Salto Veloso.

2.5. Todas as despesas com impostos, taxas, fretes, seguros, encargos sociais, trabalhistas e outros, correrão por conta da proponente vencedora;

**3. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

3.1. As despesas para atender a esta licitação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento do Município para o exercício de 2021, na classificação abaixo:

05.01.08.244.0803.02.050 3.3.90

**4. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:**

4.1. Para participação neste certame, os interessados deverão estar devidamente cadastrados (certificado com prazo de validade) ou deverão proceder ao cadastramento até o 3º (terceiro) dia anterior à data estipulada para o recebimento da documentação e propostas, observada a necessária qualificação.

4. 2. Para o respectivo cadastramento, os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

**a)** Cópia do Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, consolidado ou original com as alterações, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

**b)** Juntamente com a última alteração do contrato a empresa deverá apresentar uma declaração do contador responsável de que esta é realmente a última alteração feita;

**c)** Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, inclusive quanto à Dívida Ativa da União, da sede da empresa;

**d)** Certidão Negativa de Tributos da Fazenda Estadual, da sede da empresa;

**e)** Certidão Negativa de Tributos da Fazenda Municipal da sede da empresa;

**f)** Certificado de Regularidade do FGTS - CRF;

**g)** Certidão negativa de débitos trabalhistas – CNDT;

**h)** Certidão Negativa de Falência e Concordata (E-Proc e E-Saj), expedida(s) até 60 (sessenta) dias antes da data limite para apresentação das propostas.

**i)** Certidão Negativa Cíveis (E-Proc e E-Saj)

4.3. Os documentos discriminados acima poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração Pública Municipal, ou publicação em órgão da imprensa oficial. Não serão aceitos documentos para emissão de CRC via e-mail ou qualquer outra forma digital.

4.4. Será vedada a participação de empresas declaradas inidôneas por Ato do Poder Público Municipal, ou que estejam temporariamente impedidas de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública de Salto Veloso ou quaisquer de seus órgãos descentralizados (incisos III e IV do artigo 87 da Lei Federal nº. 8.666/93).

4.5. Não poderá participar, direta ou indiretamente, servidor, agente político ou responsável pela Licitação, na forma do artigo 9º, inciso III, da Lei Federal nº 8.666/93.

4.6. A empresa licitante deverá ter como objeto de exploração descrito em seu contrato social, atividade inerente ao objeto desta licitação.

4.7 A participação nesta Licitação significará a aceitação plena e irrestrita dos termos do presente edital e das disposições das leis especiais, quando for o caso.

**5 - FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS E PROPOSTAS**

Os Licitantes que desejarem participar desta Licitação estarão condicionados e obrigados à apresentação, no local, dia e hora marcados, de no mínimo 02 (dois) Envelopes, indevassáveis e fechados, denominados, distintos e numerados de 01 a 02, na forma seguinte:

**N. º 01 - Habilitação;**

**FUNDO DO SISTEMA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE SALTO VELOSO - SIMA**

**TOMADA DE PREÇO Nº 01/2021**

**(RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE)**

**ENVELOPE N. º 01 - “HABILITAÇÃO”**

**N. º 02 - Proposta Financeira.**

**FUNDO DO SISTEMA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE SALTO VELOSO - SIMA**

**TOMADA DE PREÇO Nº 01/2021**

**(RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE)**

**ENVELOPE N. º 02 - “PROPOSTA”**

Nos envelopes deverão constar, todos os itens a seguir citados, podendo os documentos serem apresentados em original, ou por qualquer processo de cópia autenticada, ou ainda publicação em órgão de imprensa oficial;

**5.1- Envelope N. º 01 (Habilitação)**

5.1.1 – Cópia do Certificado de Registro no Cadastro de Fornecedores e Prestadores de Serviços, fornecido pela Prefeitura Municipal de Salto Veloso, **em plena validade expedido em até 72 (setenta e duas) horas antes da abertura dos envelopes.**

5.1.2 – Procuração com firma(s) reconhecida(s) por Tabelião, credenciando e qualificando o representante da proponente na Licitação, quando este estiver presente no ato da abertura das propostas, contendo os poderes específicos para participação do certame, desistir da apresentação de recursos na fase de Habilitação e firmar Contrato com o Município;

5.1.3 – Declaração ou outro documento mencionando que em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da CF/88 combinado ao inciso V do artigo 27 da Lei de Licitações, não possui no quadro funcional pessoas menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos;

5.1.4 – Declaração ou outro documento mencionando que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas (federal, estadual e municipal);

5.1.5–A proponente deverá apresentar **atestado de capacidade técnica**, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprovem que já prestou serviços pertinentes e compatíveis com o objeto deste edital, devendo o atestado ser emitido em papel timbrado da concedente, datado e assinado, **devendo se referir a serviços já concluídos e executados**, mencionando prazo de execução e se os mesmos foram cumpridos nos prazos previstos contratualmente.

5.1.6 - A proponente deverá apresentar certificado, emitido pelo CRM (Conselho Regional de Medicina)**,** comprovando sua inscrição naquele órgão como operadora de plano de saúde.

5.1.7 - Apresentar comprovante de registro e autorização, expedido pela **Agencia Nacional de Saúde – ANS**, de que a proponente está na condição de ativo como operadora de plano de saúde, devendo tal comprovação ser realizada mediante apresentação do número de registro, junto a ANS.

5.1.8 - Apresentar comprovante de registro, expedido pela **Agencia Nacional de Saúde – ANS**, de que a proponente possui registro de plano de saúde com abrangência ESTADUAL (SC) vigente, devendo tal comprovação ser realizada mediante apresentação do número de registro, junto a ANS.

5.1.9 – Apresentação de declaração de no mínimo 02 (dois) profissionais médicos de especialidades diferentes – contratados, credenciados ou cooperados – que atestem o exercício de suas atividades, no Município de Salto Veloso ou cidades circunvizinhas a uma distância máxima de 50 km de Salto Veloso, para cada uma das seguintes modalidades: ginecologia/obstetrícia, pediatria, clínico geral, cardiologia, ortopedia, anestesiologia e urologia.

5.1.10 - Apresentação de pelo menos uma declaração dos Hospitais credenciados junto à operadora de Saúde em cada uma das macrorregiões do Estado de Santa Catarina (Oeste, Serrana, Vale do Itajaí, Norte, Grande Florianópolis e Sul Catarinense), atestando o exercício de suas atividades.

**5. 2 - Envelope N. º 02 (Proposta Financeira)**

5.2. 1 - A proposta (podendo ser apresentada conforme modelo em anexo) deverá ser entregue datilografada ou impressa em 01 (uma) via, estar assinada pela Empresa Licitante ou seu representante legal, redigida em português, de forma clara, não podendo conter rasuras ou entrelinhas, e incluirá:

5.2.1.1 - Indicação e Descrição dos Serviços a serem prestados, conforme memorial descritivo;

5.2.1.2 - O valor apresentado por unidade e total, expresso em moeda corrente nacional, devendo o preço incluir também todas as despesas com encargos fiscais, comerciais, sociais, trabalhistas e frete, além de outros pertinentes ao objeto Licitado, não especificado neste Edital;

5.2.1.3 - Prazo mínimo de validade da proposta de 60 (sessenta) dias, a contar da data designada para a entrega dos envelopes deste Edital. Se na proposta não constar prazo de validade, subentende-se 60 (sessenta) dias;

5.2.1.4 - As propostas deverão permanecer válidas e em condições de aceitação pelo período mínimo mencionado no subitem anterior. Findo este prazo, ficam os participantes liberados dos compromissos assumidos.

**5. 2. 2. Na proposta deverão ficar perfeitamente definidos e apresentados:**

I - O preço proposto deve compreender todas as despesas concernentes à execução dos serviços, com fornecimento dos materiais e mão-de-obra, bem como encargos sociais, benefícios e despesas indiretas, licenças inerentes à especialidade e tributos e tudo mais necessário à perfeita e cabal execução dos mesmos.

II – Independentemente de declaração expressa, a simples apresentação da proposta implica em aceitação de todas as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.

III - Apresentação do valor em moeda corrente por faixa etária do beneficiário, sendo o máximo apresentado de R$ 669,95 (seiscentos e sessenta e nove reais e noventa e cinco centavos) na última faixa etária definida pelo Estatuto do Idoso (acima de 59 anos).

IV - Valor do serviço será apresentado através de faturas acompanhadas da relação discriminada de sua execução.

V - A declaração expressa de que o preço proposto está relacionado a um Plano Privado de Assistência à Saúde, na modalidade Pré-Pagamento, de abrangência em todo o Estado de Santa Catarina, em regime ambulatorial, hospitalar e cobertura obstétrica em acomodação enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais.

VI- A Participação em procedimentos ambulatoriais terá o valor máximo por procedimento de R$ 229,00 (duzentos e vinte e nove reais), e se aplicará sobre: consultas médicas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; consultas/sessões: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

VII – Para a realização da inscrição e fornecimento do documento de identificação do usuário para utilização do Plano (carteirinha), por usuário, no Plano de Assistência à Saúde, objeto do presente Edital não incidira nenhum custo.

VIII – Valor, em moeda corrente (em algarismo e por extenso), para a realização e emissão de uma segunda via do documento de identificação do usuário para utilização do Plano (carteirinha), por usuário, no Plano de Assistência à Saúde, objeto do presente Edital, cujo valor máximo a ser proposto resta estabelecido em R$ 15,00 (quinze reais), sendo que, sobre este valor não incidirá qualquer outra taxa.

5.2.3 Após a entrega dos envelopes, não serão admitidas sob pretexto algum, modificações ou substituições da proposta ou de qualquer documento.

5.2.4 Adicionalmente, a proposta deverá conter as seguintes informações:

* 1. Declaração indicando a condição de dar atendimento ambulatorial das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, realizadas exclusivamente no Brasil, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas na legislação federal e nas resoluções da ANS – Agencia Nacional da Saúde Suplementar.
  2. Declaração formal de que a proponente possui rede conveniada de atendimento em condições de prestar assistência aos usuários do plano e seus dependentes em âmbito estadual.

c) Declaração de abrangência no estado de Santa Catarina deverá contar com a rede de atendimento em no mínimo 60% (sessenta por cento) dos municípios do Estado de Santa Catarina.

**6– DO JULGAMENTO**

6. 1 - As propostas das Empresas Licitantes habilitadas, apresentadas de acordo com as exigências deste Edital, serão julgadas pelo **“MENOR PREÇO UNITÁRIO – POR PESSOA”** e, classificadas pela ordem crescente dos preços propostos;

6.2 - É facultada à Comissão Permanente de Licitações, em qualquer fase desta Licitação, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou completar a instrução do Procedimento Licitatório, ou solicitar esclarecimentos adicionais as Empresas Licitantes, que deverão ser satisfeitos no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas;

6.3 - Não serão desclassificadas as propostas pela simples ocorrência de vícios que, a juízo da Comissão, puder ser sanável, sem a quebra de igualdade de tratamento aferida a todos as Empresas Licitantes.

6.4 - Em caso de empate entre duas ou mais propostas, obedecido o disposto no § 2º do artigo 45 da Lei Federal n. º 8.666/93, será utilizado o sorteio em ato público, com a presença dos representantes das Empresas Licitantes, presentes na Abertura de Propostas;

**7 – DO CRITÉRIO DE ACEITABILIDADE DE PREÇOS**

7.1 – Serão desclassificadas as propostas, por serem considerados excessivos os valores, observando-se como base o valor de mercado.

**8 – DOS RECURSOS**

8.1 – Dos atos praticados pela Administração no curso do Procedimento Licitatório, caberá recurso nos termos do que dispõe o artigo 109 da Lei Federal n. º 8.666/93.

**9 – DOS PRAZOS**

9.1 – Esgotados todos os prazos legais recursais, a Administração, no prazo de até 10 (dez) dias, convocará a Empresa Licitante vencedora para assinatura do Contrato, sob pena de decair no direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no artigo 81, da Lei Federal n. º 8.666/93.

9.2 – Se, dentro do prazo, o convocado não comparecer para a assinatura, a Administração convocará as Empresas Licitantes remanescentes, na ordem de classificação para assinatura do Contrato, em igual prazo e nas mesmas condições propostas pelo primeiro classificado.

9.3 – Ocorrendo a hipótese do não cumprimento da assinatura do Contrato, por parte da Empresa Licitante vencedora dentro do prazo previsto no item 7.1, poderá a Administração aplicar as penas estabelecidas no Art. 87, da Lei N. º 8. 666/93.

**10 – DO CONTRATO**

10.1 – O Contrato a ser firmado entre o **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA** e a proponente vencedora, terá suas cláusulas estabelecidas e constantes deste Edital.

10.2 – O Contrato poderá ser alterado, unilateralmente pelo **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA** ou por acordo das partes, visando os ajustes e ou modificações que se fizerem necessárias, para melhor adequação aos objetivos, de acordo com o Art.65 da citada Lei Federal.

10.3 – A Contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nos produtos, até o limite de 25% do valor inicial do Contrato.

10.4 – Quaisquer tributos ou encargos legais, criados, alterados ou extintos, após a assinatura do Contrato, de comprovada repercussão nos preços contratados, implicarão a revisão destes para mais ou para menos, conforme o caso.

10.5 – O Contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas, respondendo cada qual pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

10.6 – A execução do Contrato será acompanhado e fiscalizado pelo **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA** que terá também as atribuições de relacionar as ocorrências relativas aos serviços prestados e, determinar o que for necessário à regularização dos problemas observados.

10.7 – A Contratada assume inteira e expressa responsabilidade pelas obrigações sociais e de proteção aos seus empregados, bem como, pelos encargos previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do Contrato.

10.8 – Adicionalmente ao modelo do contrato estabelecido no presente edital poderá ainda ser assinado também o contrato nos moldes que a Operadora de Saúde vencedora possui registrado junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sem qualquer prejuízo aos direitos e obrigações estabelecidos no contrato principal, regendo-se a relação jurídica entre as partes por este último, no caso de divergência entre elas.

**11 – DA RESPONSABILIDADE DO Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA**

11.1 – Cabe ao **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA**:

1. tomar todas as providências necessárias à execução do processo licitatório;
2. encaminhar a publicação resumida do instrumento de contrato e seus aditamentos, se ocorrerem, no site do Município e no Diário Oficial do Municípios;
3. arcar com as despesas concernentes à publicação do extrato do contrato e seus aditivos se ocorrerem;
4. as demais responsabilidades determinadas na minuta contratual em anexo.
5. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no edital e seus anexos.
6. Verificar minuciosamente a conformidade dos serviços prestados com as especificações constantes no edital e seus anexos.
7. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos.
8. Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pela Contratada, nos termos do Edital, do Termo de Referência e da Proposta.

**12 – DA RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA E DA GARANTIA**

12.1 – Cabe a Contratada:

1. cumprir o disposto na Lei Complementar Municipal nº. 38, de 1º de junho de 2016.
2. compor o seu quadro de funcionários com pessoal apto para o exercício das funções, devidamente uniformizados e com equipamentos de segurança, possuindo registro em carteira de trabalho;
3. apresentar laudo técnico de profissional qualificado, quando solicitado pelo **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA**, responsabilizando-se pela execução dos serviços;
4. arcar com as despesas administrativas, tais como tributos, salário dos empregados e encargos sociais e outros;
5. facilitar todas as atividades de fiscalização pelo **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA**;
6. fornecer todas as informações e elementos necessários, sempre que o município solicitar;
7. responder jurídica e faticamente pelo objeto contratado, sendo vedada sua subempreitada;
8. responder pela solidez e segurança dos serviços no prazo previsto no Código Civil Brasileiro;
9. Prestar os serviços em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Edital e seus anexos.
10. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
11. Comunicar imediatamente à Contratante, por escrito, qualquer fato extraordinário ou anormal que ocorra durante a prestação dos serviços, para adoção de medidas cabíveis;
12. outras obrigações mencionadas na minuta contratual em anexo.

**13 – DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

13.1 – O **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA** exercerá ampla e irrestrita fiscalização na execução do objeto desta Licitação, a qualquer hora.

13.2 - A fiscalização exercida não reduz nem exclui a responsabilidade do contratado, inclusive de terceiros, por qualquer irregularidade.

13.3 – O **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA** anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das incidências observadas, podendo ainda fazer relatórios sobre o andamento do contrato, sendo permitido multas por infrações cometidas pela Contratada.

**14. DAS PENALIDADES**

**14.1.** Ocorrendo à inexecução parcial das cláusulas contidas no presente Edital, por parte da proponente vencedora do certame, ficará esta sujeita as seguintes penalidades:

1. Advertência por escrito;
2. Suspensão do direito de participar em licitações do Município até 02 (dois) anos;
3. Declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública, publicada no Diário Oficial, observados os pressupostos legais vigentes.

**14.2.** As penalidades poderão ser aplicadas simultâneas, combinadas ou separadamente.

**15 – DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO DO CONTRATO**

15.1 – O presente contrato poderá ser rescindido nos seguintes casos:

a) por ato unilateral, escrito, do CONTRATANTE, nos casos enumerados nos incisos I a XII e XVII, do artigo 78, da Lei Federal nº 8.666/93;

b) amigavelmente por acordo das partes, mediante formalização de aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias, não cabendo indenização a qualquer uma das partes, resguardado o interesse público;

c) judicialmente, nos termos da legislação vigente;

d) por descumprimento, por parte da CONTRATADA, de suas obrigações legais e/ou contratuais, assegurado ao CONTRATANTE o direito de rescindir o contrato a qualquer tempo, independente de aviso, interpelação judicial e/ou extrajudicial.

15.2 – Na aplicação das penalidades serão admitidos os recursos previstos em Lei e garantido o contraditório e a ampla defesa.

**16 – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

16.1. As despesas resultantes da execução do contrato serão pagas de acordo com, independente das utilizações e conforme a proposta de preços apresentada pela Proponente julgada vencedora da TOMADA DE PREÇOS.

16.2. O valor referente à inscrição unitária será pago até o dia 20 (vinte) do mês subsequente ao da inclusão no Plano, mediante a apresentação de fatura, acompanhada da relação dos pedidos de inclusão no mês, originários do contratante, sem incidência de qualquer outro acréscimo.

16.3 - O pagamento dos serviços será efetivado até o dia 20 (vinte) de cada mês, conforme fatura acompanhada de relação, em meio digital, que deverá especificar os beneficiários, os serviços unitários prestados, os preços de cada serviço e o valor correspondente às taxas.

16.4. As faturas serão entregues ao SIMA com 10 (dez) dias de antecedência do seu vencimento.

16.5. Na hipótese de atraso de pagamento dos créditos resultantes deste certame licitatório, ao valor dos mesmos será acrescida à taxa de 1% (um por cento) ao mês, a título de compensação financeira, desde o dia imediatamente subsequente ao do vencimento até o do seu efetivo pagamento, mais multa de 0,03% (zero vírgula zero três por cento) ao dia sobre o valor devido no pagamento, caso o mesmo ocorra após o dia 20 (vinte). O juro não será devido quando no dia 20 (vinte) não houver expediente bancário e desde que o pagamento seja feito no primeiro dia útil seguinte.

16.6. O atraso na entrega da nota fiscal/fatura acarretará o adiamento do prazo de pagamento, na mesma quantidade de dias, não incidindo neste caso qualquer acréscimo nos valores a título de juros, multa ou correção monetária.

**17. DO REAJUSTE**

Os valores poderão ser reajustados mediante negociação entre as partes, tendo como parâmetro o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado no período de análise do contrato. Contados a cada doze meses, a partir do início da vigência e a avaliação da variação dos custos assistenciais no setor saúde durante o respectivo período.

**18. ASSINATURA DO CONTRATO**

18.1. O licitante vencedor assinará o contrato, cuja minuta está no Anexo VIII, dentro do prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da notificação da adjudicação.

18.2. O prazo de assinatura do contrato poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, se solicitado pelo licitante vencedor, durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA.

Parágrafo único. O prazo de assinatura do contrato poderá ser prorrogado, na forma do disposto no Art.57, II, da Lei 8. 666/93 e suas alterações.

18.3. Se o licitante vencedor não assinar o contrato no prazo estabelecido, o SIMA poderá convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para assiná-lo em igual prazo e nas mesmas condições propostas pela vencedora.

18.4. Este Edital e os seus anexos farão parte do contrato a ser celebrado como se nele estivessem transcritos.

**19 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

19.1 – A participação na presente Licitação implica na total concordância com as condições do Edital de Licitação, exceto quanto à(s) cláusula(s) tempestivamente impugnada(s) com decisão administrativa não transitada em julgado.

19.2 – Não serão consideradas as propostas que deixarem de atender qualquer das disposições do presente Edital.

19.3 – Ultrapassada a fase de Habilitação, poderá a Proponente Licitante ser desclassificada, por motivo relacionado com a capacidade jurídica, regularidade fiscal, capacidade técnica e/ou idoneidade, em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

19.4 – A Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA poderá revogar a presente Licitação por interesse público, bem como anulá-la por ilegalidade, de ofício ou mediante provocação de terceiros.

19.5 – A anulação do Procedimento Licitatório, por motivo de ilegalidade, não gera obrigação de indenizar, por parte do Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA ressalvando o disposto no parágrafo único do artigo 59 da Lei Federal nº. 8.666/93 e atualizações.

19.6 – Maiores informações serão prestadas aos interessados durante o horário de expediente normal, na Prefeitura Municipal de Salto Veloso Setor de Compras e Licitações, na Travessa Das Flores nº. 58 ou pelo Fone (49) 3536-0146.

Salto Veloso/SC, 16 de junho de 2021.

**NEREU BORGA RUDINEI MULLER**

**Prefeito Municipal Diretor Executivo SIMA**

**ANEXO I**

**TOMADA DE PREÇO – Nº. 001/2021**

**TERMO DE REFERENCIA**

**OBJETO DA LICITAÇÃO**

1. Contratação de Plano de Assistência à Saúde, exceto serviços odontológicos, para os servidores efetivos – ativos e inativos - do Município de Salto Veloso e seus dependentes, inscritos no Plano de Saúde cobertura nacional, com direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, ao passo que a coparticipação do conveniado em procedimentos ambulatoriais terá o valor máximo por procedimento de R$ 229,00 (Duzentos e Vinte e nove reais), e se aplicará sobre: consultas médicas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; consultas/sessões: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos. Não será repassado ao Contratante qualquer despesa extra que por ventura possa ocorrer, decorrente de internamentos e cirurgias.

1.1. Quanto às condições de cobertura do Plano de Assistência à Saúde serão observados os seguintes itens:

1.1.1. Assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

1.1.2. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;

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

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

1.1.5. Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.6. Cobertura de consultas/sessões: Fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física), fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

1.1.7. Sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

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

1. **Planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
2. **Concepção**: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
3. **Anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
4. **Atividades educacionais**: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
5. **Aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patológicas que possam interferir na concepção/parto; e

f) **Atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

1.1.9. Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1. Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial continua (CAPD);
2. Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
3. Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
4. Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
5. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
6. Hemoterapia ambulatorial;
7. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.10. Participação do médico anestesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.11. Atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

a) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;

Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;

1. Hospital-dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura ofereci da em regime de internação hospitalar.
2. A cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

1.1.12. Todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

1.1.13. Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

1.1.14. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

1.1.15. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

1.1.16. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

1.1.17. Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;

1. É de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução d os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
2. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
3. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora;

1.1.18. Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1. Entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
2. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

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

1.1.20. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;

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

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

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

c) pessoas com deficiências.

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

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

1. Inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
2. A necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

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

1.1.25. Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);

1. Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
2. Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
3. Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
4. Hemoterapia;
5. Nutrição parenteral ou enteral;
6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
7. Embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
8. Radiologia intervencionista;
9. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
10. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
11. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;

1.1.26. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

1.1.27. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.28. Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

1. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenham cumprido a o prazo de carência máxima de 180, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
2. Cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (para amamentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes;

* Entende-se como pós-parto imediato que abrange até 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

1.1.29. Transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados — entendidos estes como os necessários à realização do transplante —, incluindo:

1. Despesas assistenciais com doadores vivos;
2. Medicamentos utilizados durante a internação;
3. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
4. Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

1.1.30. Transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1.1.31. Transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

1. A modalidade de prestação dos serviços de assistência à saúde será de Valor Determinado (pré-pagamento), observando o valor máximo admissível por **pessoa**, que será de R$ 669,95 (Seiscentos e sessenta e nove reais e noventa e cinco centavos), devendo ser usada como parâmetro a tabela por faixa etária abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| Faixa Etária | Valor Unitário (por pessoa) |
| 0 a 18 | R$ 114,74 |
| 19 a 23 | R$ 143,43 |
| 24 a 28 | R$ 181,30 |
| 29 a 33 | R$ 214,57 |
| 34 a 38 | R$ 252,44 |
| 39 a 43 | R$ 286,52 |
| 44 a 48 | R$ 324,40 |
| 49 a 53 | R$ 368,45 |
| 54 a 58 | R$ 470,11 |
| 59 ou mais | R$ 669,95 |

1. Quanto ao local de atendimento: O Plano de Assistência à Saúde, objeto desta licitação, deverá ter abrangência em todo território Estadual.

**ANEXO II**

**MODELO DE CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA**

**LICITAÇÃO: TOMADA DE PREÇO N.001/2021**

**ÓRGÃO PÚBLICO: Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso - SIMA**

**DATA LICITAÇÃO:**

Contratação de Plano de Assistência à Saúde, exceto serviço, odontológicos, na prestação de Plano Privado de Assistência à Saúde na modalidade PRÉ-PAGAMENTO registrado na Agência nacional de Saúde - ANS, de abrangência em todo Estado de Santa Catarina, regime ambulatorial, hospitalar e obstetrícia em acomodação enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais para os servidores efetivos– ativos e inativos - e seus dependentes do Município de Salto Veloso/SC e da Câmara de Vereadores de Salto Veloso.

**LICITANTE:**

**ENDEREÇO:**

**CIDADE:**

**CNPJ:**

**PROPOSTA FINANCEIRA**

A presente Proposta tem validade até \_\_\_\_ dias, a contar desta data.

Prazo de entrega dos bens: \_\_\_\_ dias, a partir da entrega da Autorização de Fornecimento de Materiais.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da Empresa

CARIMBO CNPJ

##### ANEXO III

##### PROCURAÇÃO

**\_\_\_\_**<RAZÃO SOCIAL, CNPJ, ENDEREÇO COMPLETO>\_\_\_\_\_, por meio de \_\_\_\_\_<NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL, RG, CPF E QUALIFICAÇÃO NA EMPRESA>\_\_\_\_\_\_, constitui como suficiente PROCURADOR o Sr. \_\_\_\_\_<NOME COMPLETO, RG, CPF>\_\_\_\_\_\_\_, outorgando-lhe poderes gerais para representar a referida empresa na Licitação Tomada de Preço nº001/2021 outorgando ainda poderes específicos para efetuar lances, interpor recursos, assinar contratos e praticar todos os demais atos necessários a este procedimento licitatório.

\_\_\_<Cidade/Estado>\_\_\_\_, \_\_\_<data>\_\_\_\_\_\_

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO PLENO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA) \_\_\_\_\_\_\_\_ CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sediada em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ENDEREÇO COMERCIAL) \_\_\_\_\_\_\_, declara, sob as penas da Lei nº 10. 520, de 17/07/2002, que cumpre plenamente os requisitos para sua habilitação no presente processo licitatório.

Salto Veloso (SC), \_\_\_\_< DATA>\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do representante legal da empresa

Carimbo da empresa

**ANEXO V**

**1. DADOS BANCÁRIOS:**

|  |
| --- |
| **NOME DO BANCO:** |
|  |
| **CIDADE:** |
|  |
| **Nº DA AGÊNCIA:** |
|  |
| **Nº DA CONTA CORRENTE DA EMPRESA:** |
|  |

**2. DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO:** |
|  |
| **CARGO OU FUNÇÃO:** |
|  |
| **IDENTIDADE Nº:** |
|  |
| **CPF/MF Nº:** |
|  |

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS DAQUALIFICAÇÃO**

A Prefeitura Municipal de Salto Veloso-SC

O signatário da presente, em nome da proponente. . . . . . . . , declara para todos os fins de direito, a inexistência de fatos supervenientes impeditivos da qualificação ou que comprometam a idoneidade da proponente nos termos do artigo 32, parágrafo 2º e artigo 97 da Lei nº 8. 666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações.

Local, . . . . . . . de. . . . . . . . de 2021.

(Carimbo, nome e assinatura do responsável legal)

(Carteira de identidade número e órgão emissor)

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES**

A empresa . . . . . . . , inscrita no CNPJ nº . . . . . . . . , por intermédio de seu representante legal o Sr. . . . . . . . . . . , portador da carteira de identidade nº. . . . . . . e do CPF nº . . . . . . , DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art.27 da Lei nº 8. 666 de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei 9. 854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos. Por ser verdade, firmamos a presente.

Local, . . . . . . de. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2021.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nome e carimbo do representante

legal da empresa

**ANEXO VIII**

**MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N°\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.**

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

**a)** **QUALIFICAÇÃO DO(A) CONTRATANTE**

Razão Social: **FUNDO DO SISTEMA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE SALTO VELOSO**

CNPJ: 15.465.292/0001-05

Endereço: Travessa Das Flores Nº:58, Bairro: Centro

Cidade: Salto Veloso UF: Santa Catarina

**b)** **QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

Nome da empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Registro da Operadora na ANS nº

Classificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SC.

1. **NOME COMERCIAL DO PLANO:**

**Nº DO REGISTRO NA ANS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **TIPO DE CONTRATAÇÃO:** O presente contrato observa o ***Regime de Contratação Coletivo Empresarial****,* entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação estatutária.
2. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:** Plano-Referência previsto na Lei 9656/98, que abrange as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação coletiva.

**f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:** A área de abrangência geográfica do presente contrato é estadual, compreendendo todo território estadual.

1. **ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:** A área de atuação do presente contrato é todo o território estadual.
2. **PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:**A internação se dará em quarto coletivo.

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

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

i) **FORMAÇÃO DE PREÇO**: Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas, conforme faixa etária:

|  |  |
| --- | --- |
| Faixa Etária | Valor Unitário (por pessoa) |
| 00 a 18 |  |
| 19 a 23 |  |
| 24 a 28 |  |
| 29 a 33 |  |
| 34 a 38 |  |
| 39 a 43 |  |
| 44 a 48 |  |
| 49 a 53 |  |
| 54 a 58 |  |
| 59 ou + |  |

**CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

**Parágrafo Primeiro.** O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

**CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**I - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

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

Entende-se como relação estatutária os empregados/funcionários efetivos ativos e inativos da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

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

1. O cônjuge;
2. Os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
3. Os enteados solteiros até 24 anos incompletos;
4. A criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
5. A companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
6. Os filhos incapazes.

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

**Parágrafo Segundo.** É assegurada a inscrição de recém-nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, conforme condições abaixo:

1. Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
2. Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
3. Deve atender os critérios e elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;

4. Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência

Máxima de 180 dias;

5. Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;

1. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
2. Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;
3. Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém-nascido no vencimento.

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

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

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

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

**Preencher e assinar:**

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

· Carta de Orientação ao Beneficiário;

· Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);

· O Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária

**TITULAR:**

* **Cópia RG, CPF, CNS ou RIC**
* **Comprovante de residência** em nome do **titular** ou outro documento que comprove, conforme exemplos abaixo:
  + Conta de água, luz ou telefone
  + Contrato de Locação
  + Declaração de endereço
* **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**

1. **Funcionários/Servidores:**
   * Portaria de nomeação; ou
   * Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
   * Cópia da Ficha de Registro do Empregado– assinada e carimbada pela empresa; ou
   * Contra cheque, folha de pagamento.

**DEPENDENTES:**

* **Esposo (a):** Cópia RG, CPF, CNS e Certidão de Casamento;
* **Companheiro (a):** Cópia RG, CPF, CNS e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório)**;**
* **Filhos menores de 24 anos:** Cópia CNS, Cópia RG, CPF e da Certidão de Nascimento;
* **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores de 24 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
* **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos menores de 18 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento de paternidade;
* **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;

**CLÁUSULA 4ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitas as:

1. Diretrizes de Utilização – DUT: Que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol;
2. Diretrizes Clínicas – DC: Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e
3. Protocolo de Utilização – PROUT: Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

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

1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Estado de Santa Catarina, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;
2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
3. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;
4. Cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos n o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

1. Cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**;
2. Sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS**;
3. Ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
   1. **Planejamento familiar**: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
   2. **Concepção:** fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
   3. **Anticoncepção:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
   4. **atividades educacionais:** são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
   5. **Aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
   6. **Atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.
4. Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
   * 1. Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
     2. Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
     3. Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
     4. Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
     5. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, com segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;
     6. Hemoterapia ambulatorial;
     7. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

10) participação do médico anestesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

11) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:

a) atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;

* Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

1. Hospital-dia para transtornos mentais é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura ofereci da em regime de internação hospitalar.
2. A cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.
3. Todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da Contratada, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
4. Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;
5. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
6. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;

1. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
2. Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;

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

1. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
   1. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora;
2. Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
   * 1. Entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
     2. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) **não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

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

20) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;

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

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

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

c) pessoas com deficiências.

1. as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação , órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
2. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar:
   1. Inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
   2. A necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
3. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
4. Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:
   * 1. Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
     2. Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
     3. Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
     4. Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
     5. Hemoterapia;
     6. Nutrição parenteral ou enteral;
     7. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
     8. Embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
     9. Radiologia intervencionista;
     10. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
     11. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
     12. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
5. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
6. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
7. Atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
   1. Cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta)dias após o parto ou 30 (trinta dias) da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenham cumprido a o prazo de carência máxima de 180, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
   2. Cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (para amamentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes;

* Entende-se como pós-parto imediato que abrange até 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

1. Transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:

1. Despesas assistenciais com doadores vivos;
2. Medicamentos utilizados durante a internação;
3. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
4. Despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).
5. Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.
6. Transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
7. Transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as** **Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

**CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA**

**Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:**

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

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

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

✓empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para fornecimento pelo SUS.

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

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

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

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

f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:

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

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

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

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

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

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

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

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

l) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

m) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;

n) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como home care;

o) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);

p) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;

q) remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;

r) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

s) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;

t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;

u) os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tem cobertura assegurada quando solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado e as solicitações realizadas pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.

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

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

**CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO**

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

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

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

**Parágrafo Terceiro.** O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência, podendo seu término ser renovado na forma estabelecida no inciso II, artigo 57 da Lei nº 8. 666/93 de 21/06/93, com suas alterações posteriores.

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

**CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CARÊNCIAS** |
| **Urgência e Emergência** | **24 horas** |
| **Consultas médicas** | **30 dias** |
| **Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia** | **30 dias** |
| **Fisioterapias** | **90 dias** |
| **Parto a Termo** | **300 dias** |
| **Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia** | **180 dias** |
| **Todos as demais coberturas** | **180 dias** |

**Parágrafo Primeiro.** Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 50 (cinquenta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

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

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

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

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

**Parágrafo Quinto.** Quando se tratar de beneficiário(s) proveniente(s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA em pré-pagamento, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospital ar superior.

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

**CLÁUSULA 8ª– DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

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

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

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

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

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

**Parágrafo Terceiro.** Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, (um para cada beneficiário), onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões pré existentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

**Parágrafo Quarto.** No preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário tem o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

**Parágrafo Quinto.** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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

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

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

1. Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexode Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei n° 9. 656, de 1998 e resoluções.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**I – Atendimento de urgência e emergência:**

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

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

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

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

**II – Remoção:**

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

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

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

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

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

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

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

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

a) De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;

b) De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;

c) De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

d) De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

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

a) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.

b) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

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

**III - Reembolso:**

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

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

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

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

**Parágrafo Segundo.** Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador em conformidade com a Resolução Normativa nº 259 ou outra norma que venha a substituí-la, para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo, conforme abaixo:

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

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

1. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;

2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;

3. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

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

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

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

a) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência**: laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitido pelo médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou

b) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

c) **Em caso de procedimentos que contenham Diretrizes de Utilização (DUT):** laudo ou atestado médico ou outros documentos equivalentes, emitidos pelo médico que solicitou ou realizou o procedimento, atestando e comprovando que o beneficiário cumpre a DUT. Parágrafo Sexto. A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.

**CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

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

**I. Coparticipação**

É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde. A coparticipação incidirá sobre os seguintes serviços/procedimentos:

1. Consultas de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;
2. Exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
3. Consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos

**Parágrafo Primeiro.** A coparticipação será de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, disponível no endereço eletrônico www.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, observado o limite máximo de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) por serviço/procedimento realizado.

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

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

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

**Parágrafo Quinto**. A Participação em procedimentos ambulatoriais terá o valor de referência máximo por procedimento de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), e se aplicará sobre: consultas médicas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; consultas/sessões: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

**II. Cartão De Identificação**

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

**Parágrafo Primeiro.** Antes da primeira utilização do cartão, inclusive nas renovações, este deverá ser desbloqueado pelo beneficiário titular do plano, conforme orientações constantes na etiqueta do cartão.

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

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

**III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia**

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

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

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

1. a) O beneficiário ou seu representante legal, bem como o médico assistente serão devidamente notificados pela CONTRATADA sobre a abertura do processo de junta médica e a indicação dos profissionais aptos a opinar e dirimir a divergência. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à CONTRATADA indicar imediatamente um profissional dentre os sugeridos.
2. b) Caberá ao desempatador avaliar os documentos apresentados e deliberar quanto a necessidade de realização de exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e/ou a presença do beneficiário na junta médica. Em caso de necessidade de junta médica presencial, a participação do beneficiário é obrigatória.
3. c) Nas situações acima, a CONTRATADA notificará previamente o beneficiário ou seu responsável legal sobre a data e local para realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados tais como: prazos; condições; entrega dos laudos de exames; e consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.
4. d) Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial ou a não realização ou entrega dos resultados de exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da operadora, justificando inclusive a negativa de atendimento quando for o caso.
5. e) O parecer do desempatador será acatado pela CONTRATADA, desde que o procedimento indicado no parecer conclusivo da junta esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento. Caso o profissional assistente não concorde com o parecer conclusivo da junta, a CONTRATADA garantirá profissional apto a realizar o procedimento.
6. f) É de responsabilidade da CONTRATADA custear as despesas do processo de junta médica, tais como: honorários do profissional da terceira opinião, exames complementares, custos de deslocamento e estadia para realização da junta médica presencial, dentre outros relativos exclusivamente ao processo de junta médica, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

**Parágrafo Terceiro.** O atendimento e autorização observará:

**I - Consultas Médicas:** Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

**II - Consultas/Sessões com:** fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

**III - Sessões de psicoterapia:** são realizadas pelos profissionais cooperados, credencia do sou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

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

1. **Os exames complementares e serviços auxiliares:** devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.

VI. **Cirurgia buco-maxilo-facial:** é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores 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);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;
2. b) A contagem do prazo para garantia do atendimento, se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento pelo beneficiário ou responsável à CONTRATADA.

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

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

**Parágrafo Décimo Primeiro.** Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

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

I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

1. II. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
2. III. Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
3. IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.
4. V. A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.

**CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

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

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

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

1. A título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na *Proposta de Contratação*; e
2. As coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

**Parágrafo Terceiro.** A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável p elo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o quinto dia útil de cada mês.

**Parágrafo Quarto.** Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

**Parágrafo Quinto.** O valor da coparticipação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ ou quantias, previstos sobre o custo dos serviços executados, observando-se a Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura.

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

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

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

**Parágrafo Nono**. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas e das coparticipações relativos aos atendimentos realizados.

**Parágrafo Décimo**. A CONTRATADA cobrará da CONTRATANTE os valores devidos a título de coparticipação de procedimentos realizados antes da data de exclusão ou valor integral dos atendimentos executados indevidamente após a exclusão dos beneficiários, a partir do conhecimento da CONTRATADA, ou seja, quando forem cobrados pelo prestador de serviço, dentro do prazo de até 3 (três) anos.

**CLÁUSULA 12ª – REAJUSTE**

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

1. **Contrato com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários:**
   1. Reajuste conforme a variação positiva do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do(s) contrato(s) da Contratante atinja patamar superior a 75% (setenta e cinco por cento).

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

* Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do

contrato;

* Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último Aniversário do contrato.

c) O IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) e o Índice de Reajuste Técnico serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao período de aplicação do reajuste do contrato.

**II. Contrato com menos de 50 (cinquenta) beneficiários:**

a) Quando o número de beneficiários do contrato for inferior a 50 (cinquenta), o reajuste anual Será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com menos de 50 (cinquenta) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

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

b) O Índice de reajuste para contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários será em conformidade com IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, somado ao Índice de Reajuste Técnico - IRT, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a 75% (setenta e cinco por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

* IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) e o Índice de Reajuste Técnico serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do agrupamento.
* Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de 75% (setenta e cinco por cento) o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) (IRT% +IPCA).

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

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

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

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

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

**Parágrafo Quinto**. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA a que se refere à cláusula Mecanismos de Regulação serão atualizados anualmente no mês de Janeiro. Os reajustes serão aplicados em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre a operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos nas normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

**CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Faixa Etária | Percentual de Reajuste |
| 0 a 18 |  |
| 19 a 23 |  |
| 24 a 28 |  |
| 29 a 33 |  |
| 34 a 38 |  |
| 39 a 43 |  |
| 44 a 48 |  |
| 49 a 53 |  |
| 54 a 58 |  |
| 59 ou mais |  |

**Parágrafo Único.** O cálculo das variações por faixa etária, observa os parâmetros abaixo, definidos na Resolução Normativa nº 63/03:

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

**CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS**

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

**I - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO**

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA **disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos**, **um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar**, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

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

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

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

**CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

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

**I.POR INTERESSE DO BENEFICIÁRIO TITULAR**

1. Mediante solicitação do titular ao(a) CONTRATANTE, devendo este(a) comunicar a CONTRATADA no prazo de até 30 dias do pedido. **Neste caso**, a exclusão terá efeito a partir da data de ciência da CONTRATADA.
2. o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente a CONTRATADA, caso esta não seja comunicada pelo(a) CONTRATANTE no prazo de 30 dias do pedido a que se refere o item anterior. A exclusão, nesta hipótese, terá efeito imediato sem a anuência do(a) CONTRATANTE.

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

a) mediante comunicação escrita do(a) CONTRATANTE remetida à CONTRATADA;

b) perder o vínculo com o(a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para funcionários demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;

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

a) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente; permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa; entre outras;

b) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o(a) CONTRATANTE;

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

d) os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

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

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

**Parágrafo Terceiro.** Os beneficiários dependentes inscritos no plano conforme cláusula de Condições de Admissão, que perderem a condição de dependência, poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, descontadas os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumprida neste contrato.

**Parágrafo Quarto**. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de ex-empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, que deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

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

**CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL**

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

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

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

1. **Quando celebrado com Pessoa Jurídica:**

**1.Imotivadamente por iniciativa:**

a. Da CONTRATADA, somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de 60 (sessenta) dias.

b. Do(a) CONTRATANTE, a qualquer tempo, mediante comunicação formal à CONTRATADA com 60 dias de antecedência, observado o disposto no parágrafo terceiro abaixo.

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

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

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

c. se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;

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

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

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

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

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

**CLÁUSULA 17ª - CONDIÇÕES GERAIS**

**I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE**

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

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

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

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

**II – REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS**

A possibilidade de escolha do(a) CONTRATANTE é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na cláusula Mecanismos de Regulação. O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”:

**Parágrafo Quarto.** Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional de Saúde, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico acima referido, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do Sistema de Saúde, o que não implica em obrigação da CONTRATADA em prestar serviços nos referidos prestadores.

**III - SIGILO MÉDICO**

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

**IV - CANAIS DE ATENDIMENTO**

A CONTRATADA disponibiliza canais de atendimento presencial e telefônico, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações. Os canais de atendimento telefônico (SAC e Ouvidoria) estão informados no verso do cartão de identificação do plano de saúde entregue ao(s) beneficiário(s). E o endereço para atendimento presencial estão informados na nossa página: ––––––––––––––––––––––––––––––––

* •**SAC:** Atendimento telefônico gratuito e funciona 24 horas nos 7 dias da semana.
* •**Portal da Operadora, canal do beneficiário PIN-SS:** Acesso às informações cadastrais; atualização cadastral, guia médico, despesas assistenciais com o plano, cancelamento do plano, 2º via de boleto de pagamento, demonstrativo para o Imposto de Renda, chat online para deficientes auditivos e de fala, entre outros. Disponível no endereço eletrônico: ––––––––––––––––––––––––
* •**Correspondências:** As demandas por meio de correio podem ser remetidas à CONTRATADA no endereço da sede: –––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––.
* •**Ouvidoria:** Tem o compromisso de reanalisar e orientar os beneficiários que já registraram a sua manifestação ao SAC e obtiveram retorno neste canal, mas por algum motivo não ficaram satisfeitos com o resultado da sua solicitação.

**CLÁUSULA 18ª - FORO**

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

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

Salto Veloso/SC, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

|  |  |
| --- | --- |
| **Município de Salto Veloso**  **Nereu Borga**  **Câmara de Vereadores de Salto Veloso**  **Camila Donadel** | **Empresa:**  **CNPJ:**  **Contratada**  **Fundo do Sistema Municipal de Assistência dos Servidores Públicos de Salto Veloso – SIMA**  **Rudinei Muller** |
|  |  |
|  |  |

**Robinson Andrei Gotardo**

**Advogado**

**OAB/SC 31.370**

**Testemunhas:**

**Paulo Hoffelder Zuriel Bussi**

**CPF: 513. 733. 009-49 CPF: 056.263.039-28**