CONTRATO Nº 0001/2025, PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0001/2025, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 0001/ 2025, DO FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E MÉDICA DOS SERVIDORES DE MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA.

Contrato de prestação de serviços que entre si celebram O **FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E MÉDICA DOS SERVIDORES DE MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA - SC**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº. 82.826.462/000-27, com sede a Rua XV de novembro, 26, em Arroio Trinta - SC, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pela Diretora do FASM a Sra. **FERNANDA CONSONI**, portadora do CPF sob nº 007.601.189-57, RG nº 4.508.716, residente e domiciliada em Arroio Trinta, SC, e de outro lado à empresa **UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob nº 76.590.884/0001-43, com sede na Rua Marques de Olinda, nº 1.340, Costa e Silva, Joinville/SC, por seu representante legal Sra. **JULIANA JUNGE**, portador da Cédula de Identidade RG nº 4.200.497 e do CPF nº 047.763.339-02, que de acordo com o Processo Licitatório N° 0001/2025, Pregão Eletrônico Nº 0001/2025, doravante denominado o processo e que se regerá pela Lei nº 14.133 de 1º de abril de 2021, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 2491/2023 e pela Lei Complementar Federal nº 123/2006, alterada pela Lei º 147/2014, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 2540/2024 e demais legislações aplicáveis, celebram o presente Contrato, da seguinte forma:

CLÁUSULA PRIMEIRA –

1.1. Constitui objeto deste contrato a **contratação de Plano de Assistência à Saúde, exceto serviço odontológico, na prestação de plano privado de assistência à saúde, na modalidade pré-pagamento, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde - ANS, de abrangência em todo o território do Estado de Santa Catarina, para a prestação continuada dos serviços de regime ambulatorial, hospitalar e obstetrícia em acomodação de enfermaria, com participação em procedimentos ambulatoriais, para servidores da Câmara Municipal de Vereadores, Servidores detentores de cargo de provimento efetivo**

ativos e inativos do Município de Arroio Trinta e seus respectivos dependentes, conforme Lei Complementar Municipal Nº 1954 de 30 de novembro de 2020, conforme descrição abaixo:

a) Nº DO REGISTRO NA ANS: 497184231

2530 - UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERACAO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS (76.590.884/0001-43)

Item	Material/Serviço	Unid. medida	Qtde	Valor unitário (R$)	Valor total (R$)
1	42155 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 00 a 18 anos. - Número aproximado de 29 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 190,34. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados	MÊS	12	5.519,86	66.238,32
2	42156 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 19 a 23 anos. - Número aproximado de 8 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 237,94. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de	MÊS	12	1.903,52	22.842,24

	contribuintes/servidores acima especificados				
3	42157 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 24 a 28 anos. - Número aproximado de 08 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 300,76. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados.	MÊS	12	2.406,08	28.872,96
4	42158 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 29 a 33 anos. - Número aproximado de 11 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 355,95. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados.	MÊS	12	3.915,45	46.985,40
5	42159 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 34 a 38 anos. - Número aproximado de 10 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 418,80. Obs.: Deverá ser informado o valor	MÊS	12	4.188,00	50.256,00

	mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados.				
6	42160 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 39 a 43 anos. - Número aproximado de 19 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 475,33. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados.	MÊS	12	9.031,27	108.375,24
7	42161 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 44 a 48 anos. - Número aproximado de 17 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 538,17. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados.	MÊS	12	9.148,89	109.786,68
8	42162 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 49 a 53 anos. - Número aproximado de 15 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor	MÊS	12	9.168,90	110.026,80

	unitário máximo admissível R$ 611,26. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados.				
9	42163 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 54 a 58 anos. - Número aproximado de 16 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 779,91. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados.	MÊS	12	12.478,56	149.742,72
10	42164 - Contratação de Plano de Assistência à Saúde, Modalidade pré-pagamento - Faixa etária 59 ou MAIS. - Número aproximado de 27 contribuintes, podendo variar ao longo da celebração do contrato. - Valor unitário máximo admissível R$ 1111,44. Obs.: Deverá ser informado o valor mensal proposto para contratação, baseado no número de contribuintes/servidores acima especificados	MÊS	12	30.008,88	360.106,56
				VALOR TOTAL:	**1.053.232,92**

Observação: Inicialmente estamos trabalhando com o número aproximado de 160 servidores/contribuintes, podendo ser alterado para mais ou para menos, dependendo do

número de interessados em permanecer no plano ou os servidores que poderão vir a serem contratados.

1.2. O plano contratado deverá ter abrangência **MINIMAMENTE em todo território Estadual (Santa Catarina).**

1.2.1. A Proponente deverá dispor de **no mínimo 02 (dois) profissionais médicos** contratados, credenciados ou cooperados, que atestem o exercício de suas atividades, no Município de Arroio Trinta ou cidades circunvizinhas a uma distância máxima de 40 km de Arroio Trinta, para cada uma das seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia, pediatria, clínico geral, cardiologia, ortopedia, anestesiologia e urologia.

1.3. A presente contratação terá prazo **inicial de 12 (doze) meses de vigência**, que será iniciada em 01/01/2026.

1.3.1. Alcançado o termo final de vigência inicialmente prevista, o contrato poderá ser renovado por períodos iguais e sucessivos, até o limite total de120(cento e vinte meses) por se tratar de serviços considerados de natureza continuada.

1.3.2. Os serviços deverão ser prestados ao longo do contrato, conforme a necessidade dos Contribuintes/Servidores.

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

1.5. 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.

1.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: A área de abrangência geográfica do presente contrato é estadual (Estado de Santa Catarina), caso necessário, compreendendo todo território nacional.

1.7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: A área de atuação do presente contrato é todo o território estadual.

1.8. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: A internação se dará em quarto coletivo.

Parágrafo Primeiro. Na hipótese de o 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.

1.9. 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, 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 à 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 deverão ser 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 para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VINCULAÇÃO AO PROCESSO LICITATÓRIO

2.1. O presente instrumento, independentemente de sua transcrição, encontra-se vinculado ao Processo Administrativo Licitatório nº 0001/2025-PE, Pregão Eletrônico nº 0001/2025-PE

CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1. A despesa deste contrato correrá a conta de elementos do Orçamento de 2025, conforme segue:

8 - 4 . 4001 . 10 . 301 . 7 . 2.45 . 0 . 339000 Aplicações Diretas

CLÁUSULA 4ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. 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 funcionários efetivos ativos e inativos da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

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

a) O cônjuge;

b) A companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;

c) Os filhos solteiros até 24 anos incompletos;

d) Os enteados solteiros até 24 anos incompletos;

e) A criança ou adolescente solteiro, até 24 anos incompletos, sob a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular por força de decisão judicial;

f) Incapazes a partir de 24 anos: filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular.

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

Parágrafo Terceiro. Deverá ser assegurada a inscrição de recém-nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

a) Filho natural: a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;

b) Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela: a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;

c) Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;

d) Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;

e) 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;

f) Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;

g) Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;

h) Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém-nascido no vencimento.

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

a) A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;

b) Filho adotivo e sob guarda ou tutelado: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;

c) Reconhecimento da paternidade: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;

d) Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula

e) Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;

f) Seja apresentada a certidão de nascimento, termo de guarda ou tutela, ou sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;

g) Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento.

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

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

- 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 do CPF, CNS, RG ou RIC;
- Comprovante de residência e telefone atualizados em nome do titular ou outro documento que comprove. Abaixo exemplos de comprovante de residência:
- Conta de água, luz ou telefone;
- Contrato de Locação; e
-Declaração de endereço.
- Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica
- Contratante: a) Funcionários:
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa; ou contra cheque, folha de pagamento.

DEPENDENTES

-Esposo(a): Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;

-Companheiro(a): Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);

- Filhos menores de 24 anos: Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;

- Incapazes a partir de 24 anos: Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular:

Mesma documentação prevista para filhos a partir dos 14 anos e Termo de Curatela.

CLÁUSULA 5ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. 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 e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, respeitadas as:

a) **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;

b) **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

c) **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 Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

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

especialidades médicas;

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

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

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

6) 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;

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;

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:

a. planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

b. concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

c. anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

d. atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

e. aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

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

9) Cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:

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

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

c. medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época

do evento, para segmentação ambulatorial;

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

f. hemoterapia ambulatorial;

g. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

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. 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;

✓ Deverão estar cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

b. **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 oferecida em regime de internação hospitalar.

c. a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**

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 da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

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

14) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

15) 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;

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;

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;

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

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

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

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;

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

b. 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, Remoção e Reembolso;

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.

22) As cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços 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;

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:

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

b. A necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, 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.

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;

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

a. Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);

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

c. Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

d. Radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;

e. Hemoterapia;

f. Nutrição parenteral ou enteral;

g. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

h. Embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

i. Radiologia intervencionista;

j. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

k. Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS, vigente à época do evento;

l. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato 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;

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;

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

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

a**.** 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 o prazo de carência máxima de 180 dias, 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;

b**.** Cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de

acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contraindicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

✓ entende-se como pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

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:

a. despesas assistenciais com doadores vivos;

b. medicamentos utilizados durante a internação;

c. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

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.

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

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.

CLÁUSULA 6ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

6.1. 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);

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 bucomaxilofaciais 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 responsabilizará 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 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. 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**
• **Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia**	**30 dias**
• **Consultas/sessões de 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:

a) Em até 30 dias da celebração do contrato; ou

b) Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

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

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

Parágrafo Quarto. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 50 (cinquenta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

Parágrafo Quinto. Quando se tratar de beneficiário(s) 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 hospitalar 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

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

8.1.1. Número de participantes menor que 50 (cinquenta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e

8.1.2. Número de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

a) Em até 30 dias da celebração do contrato; ou

b) Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

8.2. O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente a posse do servidor.

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 50 (cinquenta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

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

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

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

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

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

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

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

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do "Anexo de 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 CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

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

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

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

Parágrafo Décimo Quinto. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e o(a) CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento

das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

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

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

I – Atendimento de urgência e emergência: Para efeito da presente cláusula, considera-se:

a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

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

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

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

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

a) 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;

b) 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 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 pelo 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

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

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

a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;

b) 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;

c) 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 https://portalempresa.sgusuite.com.br/, observado o limite máximo **de R$ 398,92 (Trezentos e noventa e oito reais e noventa e dois centavos),** 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$ 398,92 (Trezentos e noventa e oito reais e noventa e dois centavos),** 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. 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:

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

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

c) Nas situações acima, a CONTRATADA notificará previamente o beneficiário ou seu responsável legal sobre a data e local para realização da junta médica presencial e/ou exames complementares a serem realizados tais como: prazos; condições; entrega dos laudos de exames; e consequências em caso de não cumprimento do requerido, conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

d) Em caso de ausência não comunicada pelo beneficiário na junta médica presencial ou a não

realização ou entrega dos resultados de exames requeridos, prevalecerá o entendimento do médico da operadora, justificando inclusive a negativa de atendimento quando for o caso.

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

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

Parágrafo Terceiro. O atendimento e autorização observará:

I. Consultas Médicas: Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos cooperados, 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, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

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

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

VI. Cirurgia bucomaxilofacial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços 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 do plano de saúde, para o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

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

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

CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1. 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:

a) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na *Proposta de Contratação*;
b) 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 pelo 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 previstas sobre a Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, referida na cláusula Mecanismo de Regulação, disponível no endereço eletrônico https://www.unimed.coop.br/web/santacatarina, vigente na data do atendimento. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação serão atualizados conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

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

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

I. Contrato com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários:

a) 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 por cento), seguindo os parâmetros abaixo:

- O IPCA, Índice de Reajuste Técnico e Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato.
- Portanto, quando a sinistralidade do contrato 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).

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.

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.

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.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA: As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário.

CLÁUSULA 13ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

13.1. 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, **pelo valor de tabela de vendas vigente na data da opção**. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

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

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade 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 14ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

I. POR INTERESSE DO BENEFICIÁRIO TITULAR

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

b) o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente 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.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO PAGAMENTO E VALOR

15.1. Condições de pagamento:

15.1.1. O valor referente à inscrição unitária (mensalidade) será pago até o dia 15 (quinze) 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.

15.1.2. O pagamento dos serviços será efetivado até o dia 15 (quinze) 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.

15.1.3. As faturas deverão ser entregues ao FASM com 10 (dez) dias de antecedência do seu vencimento.

15.1.4. Os servidores públicos municipais ativos e inativos vinculados ao FASM, devem efetuar suas contribuições correspondente a 50% do valor integral da tabela instituída pela operadora de plano de saúde contratada (a contribuição dos 50% restantes serão realizadas pelo Município de Arroio Trinta/Câmara Municipal). A contribuição dos dependentes será integral.

15.1.5. Caberá ao Fiscal verificar se o objeto do presente certame, atende à todas as especificações e demais requisitos exigidos, bem como autorizar o pagamento da respectiva nota fiscal.

15.16. A CONTRATADA disponibilizará a Tabela de Referência de Coparticipação atualizada no endereço eletrônico: https://portalempresa.sgusuite.com.br/, sendo responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários acerca da mesma.

15.1.7. A Participação em procedimentos ambulatoriais **terá o valor de referência máximo por procedimento de R$ 398,92 (Trezentos e noventa e oito reais e noventa e dois centavos),** 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.

15.1.8. No pagamento o Município poderá efetuar a retenção de tributos (IR, INSS e ISS) decorrentes de responsabilidade solidária, conforme a legislação tributária aplicável em cada caso. **Neste sentido, pedimos atenção a IN 1.234/12 da RFB sobre o IRRF**. Bem como, informamos que o Município não possui convênio para retenção de PIS, COFINS e CSLL (art. 33 da lei 10.833/03).

15.2. O número do CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - constante das notas fiscais/faturas deverá ser aquele fornecido na fase de habilitação

15.3. Nenhum pagamento será efetuado à contratada vencedora enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito do reajustamento de preços ou correção monetária.

15.4. O objeto deste Pregão poderá sofrer acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento), conforme o art. 125, da Lei 14.133/21.

15.5. 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), 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 por cento), seguindo os parâmetros abaixo: O IPCA, Índice de Reajuste Técnico e Sinistralidade serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do contrato.

15.6. A data base para cálculo do reajuste estará vinculada à data do orçamento estimado da licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA E CONTRATANTE

16.1. As obrigações da contratada são as descritas no edital.

16.2 – São atribuições e condições da contratante aquelas descritas no edital.

16.3 - O descumprimento, total ou parcial, de qualquer das obrigações ora estabelecida, sujeitará a Contratada as sanções previstas na Lei nº 14.133/21, garantida previa e ampla defesa em processo administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS PENALIDADES

17.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 14.133/21, Art. 155 a Contratada que:

I - dar causa à inexecução parcial do contrato;

II - dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

III - dar causa à inexecução total do contrato;

IV - deixar de entregar a documentação exigida para o certame;

V - não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;

VI - não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;

VII - ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado;

VIII - apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato;

IX - fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;

X - comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

XI - praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;

XII - praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

17.2. De acordo com Art. 156, serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas previstas nesta Lei as seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa de até 10% (dez por cento) sobre o valor total da contratação, ao recusar-se ou deixar de executar quaisquer dos itens empenhados.

III - multa de até 10% (dez por cento) sobre o valor total da contratação, no atraso da execução dos serviços solicitados, por prazo superior a 30 dias ou em casos de rescisão contratual.

IV - impedimento de licitar e contratar;

V - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

§ 1º Na aplicação das sanções serão considerados:

I - a natureza e a gravidade da infração cometida;

II - as peculiaridades do caso concreto;

III - as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

IV - os danos que dela provierem para a Administração Pública;

V - a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

17.3. Na hipótese de atraso no cumprimento de quaisquer obrigações assumidas pela Contratada, à esta será aplicada multa de 0,66% (zero vírgula sessenta e seis por cento) sobre o total devido, por dia de atraso, limitado ao valor máximo de 10% do valor da parcela inadimplida (considera-se parcela inadimplida a parte não executada do objeto contratado).

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO

18.1. A Contratada declara aceitar, integralmente, todos os processos de inspeção dos serviços, verificação e controle a serem adotadas pelo Contratante.

18.2. A existência e a atuação da fiscalização do Contratante em nada restringe a responsabilidade única, integral e exclusiva da Contratada, no que concerne aos serviços

contratados, e as suas consequências e implicações próximas ou remotas.

18.3. Fica designada para a fiscalização da execução contratual a Sra. Fernanda Consoni, Diretora do FASM, e-mail fernandinhaconsoni@yahoo.com.br e telefone (49) 3535-6000.

18.3.1 – O Fiscal será assessorado tecnicamente, sempre que necessário, pelos profissionais do Município em suas respectivas áreas de atuação.

18.3.2 – Caberá ao Fiscal verificar se o objeto do presente certame, atende à todas as especificações e demais requisitos exigidos, bem como autorizar o pagamento da respectiva nota fiscal, e participar de todos os atos que se fizerem necessários para o adimplemento a que se referir o objeto licitado.

18.3.3 O fiscal do contrato deverá, por ocasião do recebimento:

a) Verificar o cumprimento das características e especificações constantes no edital e seus anexos, com relação aos serviços que estarão sendo prestados pelo Licitante vencedor.

b) Anotar e documentar em registro próprio e circunstanciado todas as ocorrências relacionadas com a execução do objeto, determinando o que for necessário à regularização e correção das faltas ou defeitos observados.

c) Cobrar, junto à licitante vencedora, o cumprimento dos prazos bem como todas as demais condições do edital e contrato.

18.4. De acordo com o Art. 140. Da lei 14.133/21, o objeto do contrato será recebido:

a) provisoriamente ao final de cada mês, pelo responsável por seu acompanhamento e fiscalização, mediante termo detalhado, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico;

b) definitivamente em até 05 (cinco) dias úteis ao mês posterior ao da prestação dos serviços, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, mediante termo detalhado que comprove o atendimento das exigências contratuais;

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA VIGÊNCIA

19.1. Este contrato vige da data de **01/01/2026** até **31/12/2026**, podendo ser prorrogado através de termo aditivo, e alterado nos casos previstos da Lei Federal nº 14.133/21.

19.2. A presente contratação terá prazo **inicial de 12 (doze) meses de vigência**, que será iniciada em 01/01/2026.

19.2.1. Alcançado o termo final de vigência inicialmente prevista, o contrato poderá ser renovado por períodos iguais e sucessivos, até o limite total de 120 (cento e vinte meses) por se tratar de serviços considerados de natureza continuada.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CESSÃO E TRANSFERÊNCIA

20.1. O presente contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS RESPONSABILIDADES

21.1. A Contratada assume, como exclusivamente seu, as despesas decorrentes do transporte do objeto assim como, dos funcionários. Responsabiliza-se, também, pela idoneidade e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados, e ainda, quaisquer prejuízos que sejam causados ao contratante ou a terceiros, bem como, pelos seguros de Lei.

21.2. Os danos e os prejuízos serão ressarcidos ao Contratante no prazo máximo de 48 (Quarenta e oito) horas, contados da notificação administrativa a Contratada, sob pena de multa.

21.3. O Contratante não responderá por quaisquer ônus, direitos ou obrigações vinculadas à legislação tributária trabalhista, previdenciária ou securitária, e decorrentes da execução do presente contrato, cujo cumprimento e responsabilidade caberão, exclusivamente, à Contratada.

21.4. O contratante não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinado.

21.5. Não será permitida a contratação de terceiros para a referida prestação de serviços.

21.6. A Contratada manterá durante toda a execução do contrato as condições de habilitação e qualificação que lhe foram exigidas na licitação.

21.7. A Contratada deverá cumprir as exigências de reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social e para aprendiz.

21.8. A contratada se responsabilizará pela substituição de produtos/serviços entregues fora do padrão de qualidade, sem ônus adicional à Prefeitura.

21.9. Constituirá encargo exclusivo da Contratada o pagamento de tributos, tarifas, emolumentos e despesas decorrentes da formalização deste contrato e da execução de seu objeto.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – CANAIS DE ATENDIMENTO

22.1. A CONTRATADA deverá disponibilizar canais de atendimento presencial e telefônico, para fornecer informações e orientações assistenciais, solicitações de atendimento, esclarecer dúvidas, receber e tratar sugestões e reclamações.

22.1.1. SAC: Atendimento telefônico gratuito e funcionando 24 horas nos 7 dias da semana.

22.1.2. 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.

22.1.3. Correspondências: As demandas por meio de correio podem ser remetidas à CONTRATADA no endereço da sede.

22.1.4. 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 DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Videira – SC, para dirimir as dúvidas que possam advir da presente contratação, com renúncia expressa, de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza e validade do que aqui ficou estipulado, foi lavrado o presente em 03 cópias de iguais teor, que, depois de lido e achado conforme, e assinado pelas partes contratantes e por duas testemunhas que a tudo assistiram.

Arroio Trinta – SC, 11 de dezembro de 2025.

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E MÉDICA DOS SERVIDORES DE MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA – SC

82.826.462/000-27

CONTRATANTE

FERNANDA CONSONI

UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

76.590.884/0001-43

CONTRATADA

JULIANA JUNGE