

- i. Despesas assistenciais com doadores vivos;
- ii. Medicamentos utilizados durante a internação;
- iii. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio exceto medicamentos de manutenção;
- iv. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;
- 7.8. Os usuários terão cobertura para o fornecimento de prótese e órtese nacionais ou nacionalizadas e devidamente registrados junto a ANVISA bem como de seus respectivos assessorios, desde que ligados ao ato cirúrgico coberto por este contrato;
- 7.9. Os usuários terão direito a prestação de serviços de cirurgia plástica reparadora e cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- 7.10. Os usuários terão direito também, a remoção inter-hospitalar, quando comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista neste contrato, que se dará entre hospitais de rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** quando em internações iniciadas e cobertas pela **CONTRATADA**;
- 7.11. Na remoção inter-hospitalar do usuário, o meio de transporte a ser utilizado será definido pelo médico assistente e a **CONTRATADA**;
- 7.12. A remoção somente será realizada após a confirmação de vaga no hospital destino;
- 7.13. Fica acordado que a cobertura de remoção nos casos de urgência e emergência será regida pelo disposto no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/98;
- 7.14. As coberturas de tratamentos ou procedimentos que não constem do rol estabelecendo pela Agência Nacional de Saúde Suplementar frente às Operadoras de Saúde e conforme Lei 9.956/98 e suas atualizações, deverá observar, no que couber, o contido na Lei n 14.454, de 21 de setembro de 2.022”.

8. EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 8.1. Fica expressamente ajustado entre as partes que o presente contrato não cobre os serviços médico-hospitalares em face dos seguintes procedimentos:
- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
 - c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
 - d) Inseminação artificial;
 - e) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - f) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - g) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro na ANVISA;
 - h) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;

- i) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, importados não nacionalizados e não registrados junto à ANVISA;
- j) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- k) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, a exceção dos honorários e materiais utilizados;
- l) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - I. Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
 - II. Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências;
 - III. Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- n) Cirurgia para mudança de sexo;
- o) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- p) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não credenciados a Operadora à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
- q) Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- r) Aplicação de vacinas;
- s) Exames para piscina ou ginástica, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- v) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- w) Especialidade médica não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- x) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idoso;
- y) Transplante, à exceção de córnea e rim e transplantes autólogos;
- z) Consultas domiciliar;
- aa) Procedimentos que sejam excluídos ou que não constem do rol estabelecendo pela

Agência Nacional de Saúde Suplementar frente às Operadoras de Saúde e conforme Lei 9.956/98 e suas atualizações.

9. VIGÊNCIA

A contratação dos serviços será pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar da data de sua assinatura, com cláusula resolutiva mediante a conclusão do futuro processo de licitação, mediante ainda aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias.

10. PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1. Os serviços prestados aos usuários regularmente incluídos na proposta de admissão a ser apresentada pela **CONTRATANTE** na mesma data da assinatura do presente instrumento, estarão isentos de qualquer período de carência, sendo os serviços prestados imediatamente após a assinatura do contrato;

10.2. Não haverá carência para prestação dos serviços aos servidores e seus dependentes, desde que incluídos no plano em até 30 (trinta) dias de assinatura do contrato de prestação de serviços de assistência médica ou hospitalar ou da admissão do servidor pela **CONTRATANTE**;

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

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais, desde que possam implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.
- b) 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples;
- c) 180 (cento e oitenta) procedimentos de alta complexidade;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para internações em Unidade de Terapia Intensiva;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos;
- g) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

11. DOENÇAS E LESÕES PREEEXISTENTES

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

11.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da

Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007;

11.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário titular preencherá o formulário de declaração de saúde acompanhado da carta de orientação ao beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo;

11.4. O beneficiário tem o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário;

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

11.6. 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;

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

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

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

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

11.11. Na hipótese de cobertura parcial temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente;

11.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no rol de



- procedimentos e eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br;
- 11.13.** É vedada a **CONTRATADA** a alegação de doença ou lesão preexistente decorridos os 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- 11.14.** Nos casos de cobertura parcial temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998;
- 11.15.** O agravo será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do agravo e período de vigência do agravo;
- 11.16.** Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de termo de comunicação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária;
- 11.17.** Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova;
- 11.18.** A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente;
- 11.19.** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação;
- 11.20.** Caso solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo;
- 11.21.** Após julgamento, e acolhida a alegação da **CONTRATADA**, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato;
- 11.22.** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo;
- 11.23.** Não haverá cobertura parcial temporária ou agravo, nos casos de doença e lesão preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

12. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Atendimento de Urgência e de Emergência em Pronto Socorro próprio/credenciado da



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

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

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

a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio a ser fornecido pela **CONTRATADA**;

b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos de urgência ou emergência realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;

c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

d) Recibos individualizados de horários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnósticos e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados no pedido do médico assistente;

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

14. REMOÇÃO

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

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

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

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

15. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

15.1. Para fins de atendimento, a **CONTRATADA** deverá fornecer aos usuários do plano de saúde, sem qualquer custo adicional, as carteiras individuais de identificação, rede credenciada, relação dos médicos conveniados/credenciados, com indicação das especialidades, endereços e telefones de seus consultórios e manual de utilização do plano de saúde, podendo ser cobrada do usuário taxa, correspondente ao custo de confecção de segunda

via em razão de perda da carteira de identificação.

15.2. A rede credenciada, relação dos médicos conveniados/credenciados, com indicação das especialidades, endereços e telefones de seus consultórios e manual de utilização do plano de saúde poderão ser apresentados no site da operadora;

15.3. Para ter acesso a qualquer atendimento, o usuário obriga-se a apresentar o cartão de identificação, acompanhado de documento de identificação pessoal legalmente válido;

15.4. Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados dentro das regras operacionais da **CONTRATADA**;

15.5. O serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, deverão ser solicitados em guia própria da **CONTRATADA** e ter autorização prévia para sua realização, se necessário;

15.6. Não havendo disponibilidade técnica para atendimento aos usuários na área de atuação da **CONTRATADA**, esta os orientará para atendimento em outra unidade da mesma rede e atuação ou conveniada;

15.7. A **CONTRATADA** fornecerá a **CONTRATANTE** e ao usuário titular o "*guia médico de serviços*", onde constará a relação dos hospitais contratados, médicos, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e serviços de urgências e emergências, dentro de sua área de abrangência geográfica. A utilização de recursos médicos hospitalares fora da área de abrangência da **CONTRATADA**, sem o encaminhamento desta, implica ao usuário o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data, exceto se o usuário estiver internado, conforme dispõe o art.13. III da Lei 9656/98;

15.8. A **CONTRATADA** fica reservada o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pela **CONTRATANTE**;

15.9. Nos casos eletivos, quando for requerido pelo usuário autorização para realização de exames e procedimentos hospitalares ou ambulatoriais terá a **CONTRATADA**, direito que os documentos e o referido usuário sejam submetidos à avaliação prévia;

15.10. A **CONTRATADA** garantirá no caso de situações de divergências médicas a respeito da autorização prévia, a definição do impasse através de junta médica constituída em conformidade com as regras da ANS- Agência Nacional de Saúde;

15.11. As internações deverão ser autorizadas pela **CONTRATADA**, sem limitação de prazo, independentemente da acomodação escolhida pelo usuário na proposta de admissão ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva), competindo ao médico assistente definir e justificar os períodos de internação.

16. DOS PREÇOS E COPARTICIPAÇÃO

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

16.2. No caso de haver coparticipação, os valores não deverão exceder os discriminados na tabela abaixo:



TABELA - COPARTICIPAÇÃO	
CONSULTAS ELETIVAS, PRONTO SOCORRO E PRONTO ATENDIMENTO	R\$ 48,24
EXAMES	R\$ 7,24
2ª VIA DE CARTÃO	R\$ 11,03

17. FAIXAS ETÁRIAS

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

17.2. A variação por faixas etárias para os fins valorização deste contrato serão:

17.2.1. Faixas Etárias Percentual:

- 1ª de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 2ª de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- 3ª de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- 4ª de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- 5ª de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- 6ª de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- 7ª de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- 8ª de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- 9ª de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
- 10ª de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais;

17.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na proposta de admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual;

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

17.5. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual, na forma prevista neste contrato.

18. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

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

do CONSU;

18.2. O direito mencionado somente será concedido se o empregado tiver contribuído para o plano e mantido pelo período de 1/3 do tempo em que o usuário tenha permanecido no plano, assegurando-lhe o prazo mínimo de 6 meses e o prazo máximo de 24 meses. A manutenção de que trata este item é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. Em caso de morte do titular, o direito de permanência será assegurado aos dependentes cobertos pelo presente plano, desde que assumam o seu pagamento integral, dentro do prazo e condições mencionadas no parágrafo anterior;

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

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

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

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

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

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

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

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

18.11. Para efeito de contagem e prazos de carência considerar-se-á o período de permanência



do usuário no plano coletivo cancelado, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

19. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

19.2. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, no plano pessoa física, individual ou familiar em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda dessa qualidade, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, nas mesmas condições de coberturas ora contratadas, e se optar por outra modalidade que abranja novas coberturas, deverá cumprir as carências para as novas coberturas.

20. SUSPENSÃO

20.1. O atraso do pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão dos atendimentos, a critério da **CONTRATADA**;

20.2. O presente contrato poderá ser rescindido, nas hipóteses abaixo:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do **CONTRATANTE**;
- c) por inadimplemento contratual por parte da **CONTRATADA**.

21. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO

21.1. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar em até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do termo de contrato, programas de promoção à saúde e prevenção de doenças com unidade física sediada no Município de Amparo tendo no mínimo 1 (um) programa registrado na ANS.

22. DA COBRANÇA EM CASO DE AFASTAMENTO PREVIDENCIÁRIO

22.1. Em caso de afastamento previdenciário, o usuário deverá arcar com o pagamento do valor que lhe cabe no custeio do convênio médico, cabendo a **CONTRATANTE** estabelecer os meios para efetivar o respectivo pagamento.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. Na eventualidade da insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da proposta de admissão para a devida apuração;

23.2. O usuário poderá optar por internações hospitalares em acomodação superior às previstas neste contrato. Esta opção, todavia, implicará o pagamento pelo próprio usuário, diretamente aos Hospitais e aos médicos, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, sendo que a **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo

CADASTRO DE RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO CONTRATO

ÓRGÃO: MUNICÍPIO DE AMPARO

Nome:	Carlos Alberto Martins
Cargo:	Prefeito Municipal
CPF:	217.166.038-46
Período de gestão:	2021 a 2024

As informações pessoais dos responsáveis estão cadastradas no módulo eletrônico do Cadastro TCESP, conforme previsto no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração de Atualização Cadastral" ora anexada (s).

Responsável pelo atendimento a requisições de documentos do TCESP

Nome	Julio Cesar Camargo
Cargo	Secretário Municipal de Administração
e-mail	jccamargo@amparo.sp.gov.br

Amparo, 26 de março de 2024.


JULIO CÉSAR CAMARGO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO



DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TRIBUNAL

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE AMPARO.

CNPJ Nº: 43.465.459/0001-73.

CONTRATADA: UNIMED AMPARO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ Nº 65.422.339/0001-21

INSTRUMENTO Nº 99/2024

DATA DA ASSINATURA: 26/03/2024

VALOR: R\$ 14.918.892,00

OBJETO: TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, O MUNICÍPIO DE AMPARO – CONTRATANTE E DE OUTRO LADO, COMO CONTRATADA, A EMPRESA UNIMED AMPARO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, CONFORME ART. 1º, INCISO I, § 1º, DA LEI Nº 9.656/98, CADASTRADA NA ANS, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONTINUADOS, COM COBERTURA DE CUSTOS MÉDICO - HOSPITALARES, DE ACORDO COM O ROL DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS VIGENTES, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS E SUAS ATUALIZAÇÕES, COM A COBERTURA DE TODAS AS DOENÇAS DA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE, DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, ATRAVÉS DE PROFISSIONAIS OU SERVIÇOS DE SAÚDE, INTEGRANTES DA REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA PELA CONTRATADA, DE ACORDO COM O PROPOSTO NA DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 09/2024 E ANEXOS.

VIGÊNCIA: 12 (doze) meses, sendo termo inicial em 01/04/2024 e termo final em 31/03/2025, podendo, contudo, ser rescindido com a conclusão do respectivo processo de licitação, mediante ainda aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias.

Declaro, na qualidade de responsável pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Amparo, 26 de março de 2024.

CARLOS
ALBERTO
MARTINS:217166
03846
CARLOS ALBERTO MARTINS
Prefeito Municipal
(camartins@amparo.sp.gov.br)

Assinado de forma digital por CARLOS ALBERTO MARTINS:2171660384