



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES, SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2014

Contrato:4126

Contratante: Câmara Municipal de Pará de Minas

UNIPLUS EMPRESARIAL (ENFERMARIA)

Plano 03

Nº. de Registro da Operadora na ANS – 30434-4

Nº. de Registro do Produto na ANS - 420.462.99-0

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

UNIMED PARÁ DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA., inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ/MF) sob o n.º 42.940.528/0001-90, com sede em Pará de Minas, na Rua Francisco Sales, 119, Centro, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 30434-4, aqui representada pelo Diretor Presidente, Senhor Dr. Márcio de Melo Moraes, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de identidade nº 16.864 – CRM-MG, e do CPF nº 345.014.286-00 e pelo Diretor Administrativo, Senhor Dr. Geraldo Nasser Abdala Júnior, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de identidade nº 35.542 – CRM-MG e do CPF nº 895.911.006-04.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS, inscrita no CNPJ sob o nº 20.931.994/0001-77, com sede à Av. Presidente Vargas, nº 1935, nesta cidade de Pará de Minas / MG, neste ato representada pelo seu Presidente, VEREADOR **MARCÍLIO MAGELA DE SOUZA**, brasileiro, casado, residente e domiciliado à Rua Alameda das Aroeiras, 419, Bairro Jardim das Piteiras, CEP: 35.660-072, na cidade de Pará de Minas, portador da carteira de identidade nº M – 4.045.099, inscrito no CPF sob o nº 563.718.376-72.

É parte integrante deste contrato a Proposta de Admissão assinada pelo beneficiário e autorizada pela Contratante.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

TIPO DE CONTRATAÇÃO: Coletivo Empresarial.

O presente plano de saúde é de contratação Coletivo Empresarial, ou seja, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, presente caso estatutária, podendo ainda ser incluído no plano os dependentes legais previstos no presente contrato e nos termos da RN 195/2009 ou outra resolução que vier a substituí-la.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia (AMB/HOSP/OBST).

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: Estado de Minas Gerais e, em caso de urgência e emergência em todo Território Nacional.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: Coletiva – Enfermaria - Caso o beneficiário opte por acomodação superior a esta, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico ou hospital, sem qualquer responsabilidade e interferência da UNIMED.

FORMAÇÃO DO PREÇO: Pré-estabelecido. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada é **pré-estabelecido**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária efetuado pela CONTRATANTE antes da utilização das coberturas contratadas.

VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO: Vínculo ativo e inativo (aposentados e demitidos – RN 279).

FATOR MODERADOR: Com co-participação.

PLANO OPERA EXCLUSIVAMENTE COMO LIVRE ESCOLHA: Não.

PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DO CONTRATANTE: com patrocínio.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 01 /2014

100
/

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COLETIVO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CELEBRADO ENTRE A CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS/MG E A EMPRESA UNIMED PARÁ DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA (UNIMED CENTRO OESTE)

A **Câmara Municipal de Pará de Minas**, inscrita no CNPJ sob o nº 20.931.994/0001-77, com sede à Av. Presidente Vargas, nº 1935, nesta cidade de Pará de Minas / MG, doravante denominada **CREDENCIANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente, **VEREADOR MARCÍLIO MAGELA DE SOUZA**, brasileiro, casado, residente e domiciliado à Rua Alameda das Aroeiras, 419, Bairro Jardim das Pitzeiras, CEP: 35.660-072, na cidade de Pará de Minas, portador da carteira de identidade nº M – 4.045.099, inscrito no CPF sob o nº 563.718.376-72 e, do outro lado a empresa **Unimed Pará de Minas Cooperativa de Trabalho Médico Ltda (Unimed Centro Oeste)**, doravante denominada **CREDENCIADA**, com sede na Rua Francisco Sales, 119, s/6,7,8,9,10,11,12,13, Bairro Centro, município de Pará de Minas, CEP 35.660-017, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.940.528/0001-90, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 30434-4, neste ato representada pelo Diretor Presidente, Senhor Dr. Márcio de Melo Moraes, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de identidade nº 16.864 – CRM-MG, e do CPF nº 345.014.286-00 e pelo Diretor Administrativo, Senhor Dr. Geraldo Nasser Abdala Júnior, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de identidade nº 35.542 – CRM-MG e do CPF nº 895.911.006-04, de comum acordo e nos termos da Lei nº 8666/93 e Lei 9656/98, com as alterações posteriores, resolvem contratar o objeto do presente pelas condições que seguem:

Cláusula Primeira – Do Objeto

1.1. Credenciamento de empresa especializada no ramo de plano de assistência à saúde, devidamente autorizada pela ANS – Agência Nacional de Saúde, para disponibilizar planos coletivos, com abrangência nacional nos casos de urgência e emergência, com abrangência estadual, de assistência médico-hospitalar, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapia e internações para atender o quadro de servidores públicos ativos, inativos, vereadores, (Resolução Normativa nº 279) e seus dependentes diretos da Câmara Municipal de Pará de Minas, todos a preço **POR FAIXA ETÁRIA**, na forma da legislação vigente, sendo que a Câmara Municipal de Pará de Minas participará como Contratante, através do desconto dos valores das mensalidades/procedimentos em folha de pagamento dos servidores/vereadores beneficiários ativos com seus respectivos dependentes, sendo que os beneficiários inativos e seus respectivos dependentes que aderirem ao plano deverão repassar os valores das mensalidades diretamente à Operadora, conforme especificações técnicas constantes do Projeto Básico Anexo I do Edital de que decorre esse Credenciamento.

1.2. Os serviços serão prestados mediante assistência à saúde, com prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando a cobertura médico, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, realizados exclusivamente no Brasil, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no Rol de Procedimentos e eventos em saúde editados pela ANS, vigente à época do evento.

Cláusula Segunda – Condições de Admissão

2.1. Poderão se inscrever neste plano de saúde como titulares:

- a) Servidores públicos ativos vinculados à Credenciante;
- b) Os aposentados ou demitidos ou exonerados sem justa causa da pessoa jurídica contratante ou ex-vereadores, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 de 1998 e Resolução Normativa nº 279.

Subst
[Handwritten signature]



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

129

c) Vereadores legalmente diplomados no exercício de seu mandato;

2.2. São beneficiários dependentes deste plano de saúde: aqueles com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao titular sendo estes:

a) o cônjuge ou companheiro (a) legalmente comprovado, sem a concorrência com o cônjuge, salvo decisão judicial;

b) os filhos (solteiros), inclusive enteados (solteiros), com pelo menos até 21 (vinte e um) anos de idade e os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial;

c) os filhos (solteiros), inclusive enteados (solteiros), com pelo menos até 24 (vinte e quatro) anos de idade, quando estudante universitário ou de escola técnica de 2º grau, não tendo economia própria;

d) o menor, sob a guarda ou sob a tutela do servidor titular, por força de decisão judicial;

e) Os Beneficiários Dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-servidor demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

2.3. O ingresso e permanência dos dependentes dependerão da participação do beneficiário titular neste contrato de plano privado de assistência à saúde.

Cláusula Terceira – Da Inclusão

3.1. Caberá a CREDENCIANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular.

3.2. A adesão ao plano das pessoas físicas vinculadas à CREDENCIANTE, na condição de seu servidor e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura da proposta de adesão/admissão, cabendo ao beneficiário titular informar a CREDENCIANTE a relação dos dependentes a serem inscritos no plano.

3.3. Quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade da CREDENCIANTE repassar à CREDENCIADA as informações respectivas.

3.4. A CREDENCIANTE encaminhará à CREDENCIADA, por escrito, mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, a relação dos novos beneficiários que aderirem ao plano juntamente com a proposta de adesão/admissão e cópia dos respectivos documentos: CPF, carteira de identidade, comprovante de residência, nº do Número do Programa de Integração Social – PIS, nº do CNS (Cartão Nacional de Saúde) e comprovante de elegibilidade dos beneficiários.

3.5. A CREDENCIANTE se responsabiliza ainda a encaminhar para a CREDENCIADA, mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano, bem como o termo de opção pela manutenção ao plano de ex-servidores, demitidos e aposentados, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários.

3.6. As exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comunicação inequívoca da CREDENCIANTE ao ex-servidor da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do vínculo, nos termos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98, devendo ainda ser fornecido a Contratada as seguintes informações:

I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

190

- II - se o beneficiário aposentado continuará trabalhando junto a Câmara Municipal;
- III - se o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde e como é feita esta contribuição;
- IV - por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde; e
- V - se o ex-servidor optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

3.7. Havendo contribuição do ex-servidor e pedido de manutenção no plano de saúde deverá ser assinado por este, o Termo de Opção de manutenção no plano de saúde disponibilizado pela CREDENCIADA.

3.8. Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

3.9. É assegurada a inclusão:

I - Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, ou da adoção, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente - DLP, ou aplicação de cobertura parcial temporária - CPT ou agravo e desde que o pai ou mãe tenham cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

II - Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante.

3.10. Ultrapassado o prazo previsto na cláusula 3.9, no inciso I, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e CPT, se houver.

3.11. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

Cláusula Quarta - Coberturas e Procedimentos Garantidos

4.1. A CREDENCIADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

4.2. Os procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitada a relação existente entre a CREDENCIADA e seus prestadores de serviço de saúde.

4.3. Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e seus anexos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

4.4. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

4.5. Todas as escopias listadas nos anexos do Rol de Procedimentos vigente têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

4.6. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada pela CREDENCIADA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

4.7. Estão cobertos os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas vigentes e de acordo com o previsto neste contrato.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

194

4.8. Estão cobertos os atendimentos relacionados com acidente de trabalho e saúde ocupacional. Em se tratando de cobertura relacionada com a saúde ocupacional estão cobertos o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1.339/GM do Ministério da Saúde.

4.9. A **cobertura ambulatorial** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número limitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

IV - cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observado as Diretrizes de Utilização:

a) Consultas com nutricionista: cobertura obrigatória, de no mínimo 12 consultas/sessões, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1) Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- 2) Jovens entre 10 e 20 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
- 3) Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
- 4) Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
- 5) Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC maior ou igual a 25 kg/m²) com mais de 16 anos;
- 6) pacientes ostomizados;
- 7) após cirurgia gastrointestinal.

a.1 - Cobertura obrigatória, de no mínimo 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

a.2 - Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de no mínimo 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

b) Consultas/Sessões com Fonoaudiólogo - Cobertura obrigatória de no mínimo 24 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1) pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- 2) pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- 3) pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- 4) pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- 5) pacientes com transtornos hipercinéticos - TDAH (CID F90);
- 6) pacientes com apnéia do sono (G47.3);
- 7) pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e do pescoço (T-20);
- 8) pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- 9) pacientes com queimadura de boca e de faringe (T-28-0); e
- 10) pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

192

b.1. Cobertura mínima obrigatória de 48 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1) pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0, CID F84.1, CID F84.3, F84.5, CID F84.9);
- 2) pacientes com transtorno expressivo e receptivo da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80.1, CID F80.2, CID F80.9);
- 3) pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- 4) pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.0, R47.1, R48.2 e R48.0);
- 5) pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe), pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe), carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0, CID J38.1, CID J38.4, CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J.38, CID J38.3).
- 6) pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- 7) pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

b.2. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato.

c) Consulta/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional - Cobertura obrigatória de no mínimo 40 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- 2) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- 3) transtornos da alimentação (CID F50);
- 4) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

d) Consultas/sessões terapeuta ocupacional - Cobertura obrigatória de no mínimo 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 a F03);
- 2) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 a F79);
- 3) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- 4) pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- 5) pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

e) Consulta/Sessão com psicólogo - Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1) pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária / Laqueadura Tubária Laparoscópica);
- 2) pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia).



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

1924

3) pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;

4) pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;

5) pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

V - Sessões de psicoterapia: Cobertura mínima obrigatória de 12 sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);

b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);

c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);

d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);

e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30a F39);

f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);

g. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID 60 a 69).

VI - cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VII - cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS;

IX - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente;

X - cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

XI - cobertura de 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;

XII - cobertura dos procedimentos de radioterapia desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

194

XIII - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;

XIV - cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

4.10. A **cobertura hospitalar** definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, incluindo:

I - Cobertura de internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, sujeito a auditoria médica local pela Contratada.

II - Cobertura de diária de internação hospitalar, na acomodação contratada, observado o exposto acima;

III - Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente, observado o seguinte:

a) Atendimento/Acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:

1.1 - paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);

1.2 - paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);

1.3 - paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);

1.4 - paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

b) Entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como 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 proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

c) 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.

d) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

e) A assistência para os procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente.

IV - cobertura de transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

196/8

V - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, incluindo colocação, inserção e/ou fixação e de sua remoção e/ou retirada listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos;

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Contratada, 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 Contratada, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Contratada.

VII - cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, para acompanhantes de idosos a partir do 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o 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.

IX - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observado o seguinte:

a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

c) procedimentos radioterápicos como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações conforme definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;



acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

XI - Cobertura de Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

XII - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para o paciente e para o acompanhante de paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais.

XIII - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o 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;

XIV - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

XV - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro;

XVI - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XVII - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

4.11. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

4.12. Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

4.13. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

4.14. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão cobertos, quando solicitados pelo médico assistente, de acordo com o disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

4.15. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e será de acordo com as coberturas contratadas, prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

4.16. Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato, 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 da CONTRATADA.

4.17. A **cobertura obstétrica** compreende os procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e puerpério incluindo:



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

194

Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto; e
- c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

§ 1.º - Entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

§ 2.º - Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

Cláusula Quinta – Das Exclusões

5.1. Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no seu artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, estão excluídos de cobertura deste Plano:

I – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

- a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO, ou
- c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

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

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

IV – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V – Fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

VI – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

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

VIII – órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;

IX – 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;

X – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

198

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

XII - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

XIII - tratamentos em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;

XIV - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

XV - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

XVI - os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos odontológicos;

XVII - despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos e maior de 60 (sessenta) anos e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

XVIII - cirurgias para mudança de sexo;

XIX - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XX - procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciadas a Contratada, 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;

XXI - enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXII - vacina e sua aplicação;

XXIII - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXIV - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXV - todo e qualquer atendimento domiciliar e material para uso domiciliar, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXVI - remoção domiciliar;

XXVII - transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;

XXVIII - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXIX - investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;

XXX - Hospitais de Alto Custo (que possuem Tabela Própria) ou categoria diferenciada.

XXXI - Cirurgias plásticas de qualquer natureza, com exceção da cirurgia plástica reconstrutiva de mama e reparadora de órgãos e funções previstas nas coberturas e procedimentos garantidos;



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

199

XXXII - Realização de exames médicos admissionais, demissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e mudança de função (Medicina do Trabalho);

XXXIII - procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e

XXXIV - especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Cláusula Sexta – Da Vigência

6.1. O presente TERMO DE CREDENCIAMENTO terá vigência de 60 (sessenta) meses, nos termos da Lei nº 8.666/93, contados a partir de 01 de maio de 2014.

6.2. Considera-se como data do início de vigência a da assinatura deste termo de credenciamento, para efeito de reajuste anual, observado o disposto no artigo 65 da Lei Federal nº 8.666/1993.

Cláusula Sétima – Do Amparo Legal

7.1. A lavratura do presente termo de Credenciamento decorre da realização do procedimento de Credenciamento nº 01/2014, por Inexigibilidade de Licitação com fundamento no art. 25 da Lei nº 8.666/1993, Lei 9656/98, regulamentações e alterações posteriores.

Cláusula Oitava - Das Carências

8.1 Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do plano de assistência à saúde que vier a ser Credenciado pela Câmara, daqueles beneficiários que já forem usuários de planos de assistência à saúde e que optem por aderir a uma das prestadoras que vierem a ser Credenciadas por este instrumento, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica credenciante, e desde que a segmentação e acomodação do contrato anterior sejam idênticas.

8.2 Para as novas adesões servidores, vereadores e inativos que não eram usuários de plano de assistência à saúde, não será exigido o cumprimento de prazos de carência se o número de participantes na adesão do contrato for igual ou superior a trinta beneficiários, nem mesmo preenchimento de declaração de saúde, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica credenciante.

8.3. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido nos subitens 5.1 e 5.2, poderá ser exigido o cumprimento de carência, nos prazos máximos de:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência/emergência nos termos da lei;
- b) consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia – 30 dias;
- c) cirurgias – 180 dias;
- d) exames especiais de diagnóstico e terapia- 180 dias;
- e) diálise, hemodiálise e fisioterapia – 180 dias;
- f) internações hospitalares – 180 dias;
- g) demais procedimentos – 180 dias;
- h) parto a termo – 300 dias;
- i) Doenças e Lesões Pré-Existentes, nos termos da lei, caracterizando cobertura parcial temporária – 24 meses;

8.4 – Deverá ser resguardada a portabilidade de carência nos termos da Súmula Normativa nº 21 da ANS, RN 186/2009, RN nº 252/2011 e RN nº 254/2011.

Cláusula Nona – Doenças e Lesões Preexistentes

9.1. Doença e Lesão Preexistente é aquela que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

2009

9.2. O beneficiário deverá informar à Contratada, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do ingresso e/ou 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.

9.3. A informação será prestada através da Declaração de Saúde, a fim de que seja realizada a entrevista qualificada com um médico cooperado sem nenhum ônus para o beneficiário, ou, a seu critério, com um médico não pertencente ao quadro de cooperados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

9.4. Ao ser declarado pelo beneficiário a existência de doença e lesão preexistente a Contratada oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

9.5. 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 ao beneficiário e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

9.6. Instaurado o processo administrativo na ANS, a Contratada não poderá, sob qualquer alegação, dar negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

9.7. Na instauração do processo administrativo na ANS, a Contratada caberá o ônus da prova.

9.8. 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, ou da lesão preexistente.

9.9. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação e se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

9.10. Após julgamento e acolhida à alegação da Contratada pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação pela Contratada, e se for o caso, poderá ser excluído do contrato.

9.11. 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 resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério do beneficiário.

9.12. O plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários igual ou maior que 30 (trinta) participantes, não haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

9.13. Cobertura Parcial Temporária – CPT – é a suspensão, 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, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário.

9.14. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, somente haverá suspensão das coberturas e procedimentos cirúrgicos, do uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

2017

(especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento), quando estes estiverem relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente do beneficiário.

9.15. Agravo – é o acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário ao plano de assistência à saúde, para que tenha direito integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após cumprido os prazos de carência previstos neste contrato, de acordo com as condições negociadas entre a Contratada e o beneficiário.

9.16. O agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar expressamente o percentual ou valor do Agravo e seu período de vigência.

Cláusula Décima – Atendimento de urgência e emergência

10.1. A definição de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA prevista no artigo 35-C da Lei nº 9.656/98 é:

- a) URGÊNCIA: casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- b) EMERGÊNCIA: casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

10.2. O atendimento em situação da urgência e emergência será realizado de acordo com a segmentação contratada, em todo o território nacional, sendo garantida a remoção, quando necessária, por indicação médica, para outra unidade ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

10.3. Estão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

10.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

- I - os atendimentos de urgência (somente as complicações no processo gestacional) e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
- II - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

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

Cláusula Décima Primeira - Da Remoção

11.1. A Credenciada garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

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

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

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



Handwritten signature

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

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

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

Cláusula Décima Segunda – Do Reembolso

12.1. A Credenciada assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, dentro do território nacional nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

12.2. O reembolso de que trata a cláusula anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela da Contratada, vigente a data do evento, mediante solicitação do Beneficiário e apresentação dos seguintes documentos:

a) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, (código de identificação), descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;

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

c) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros constando CRM e CPF, discriminando funções e o evento a que se referem;

d) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente, e exame anátomo patológico decorrente de procedimentos cirúrgicos.

12.3. O valor do reembolso não poderá ser inferior ao praticado pela Contratada junto à rede assistencial do presente plano, descontados eventuais valores de coparticipação e este será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela Contratada.

12.4. A Credenciante perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento, caso não seja requerido o reembolso junto à Credenciada.

Cláusula Décima Terceira – Mecanismos de Regulação

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

13.2. Este plano prevê a cobrança em valores prefixados pela credenciada na despesa assistencial a ser paga pelo Credenciante diretamente à Credenciada, após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

13.3. Os valores prefixados serão diferenciados em função de cada procedimento realizado e de conformidade com o disposto neste Termo de Credenciamento, sendo de responsabilidade do Credenciante

Handwritten signature

Handwritten signature



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

2031

o desconto em folha e o repasse para pagamento dos valores que serão cobradas juntamente com o boleto/latura da contraprestação mensal, quando da realização de procedimentos pelos beneficiários.

13.4. Os atendimentos serão realizados mediante coparticipação em valores prefixados de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) para consultas; R\$ 5,00 (cinco reais) para exames e terapias de baixa complexidade (simples); R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para exames e terapias especiais de média complexidade e R\$ 50,00 (cinquenta reais) para exames e terapias especiais de alta complexidade.

13.5. Nas internações superiores a 30 (trinta) dias, por ano, decorrentes de transtornos psiquiátricos será exigida, nos termos da lei, uma coparticipação de até 30 % (trinta por cento) sobre as despesas hospitalares.

13.6. Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

Cláusula Décima Quarta – Cartão Individual de Identificação

14.1. A Credenciada fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação, com prazo de validade, cuja apresentação acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, e o recibo de pagamento da contraprestação cujo vencimento tenha ocorrido dentro dos sessenta dias anteriores àquele em que se pleitear o atendimento, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a contratada adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos associados.

14.2. É obrigação do Credenciante, na hipótese de rescisão ou rescisão deste Credenciamento, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela Credenciada; respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, permanecendo isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a Credenciada, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão ou rescisão do presente termo de credenciamento.

14.3. Considerar-se-á uso indevido para obter atendimento assistencial previsto neste termo de credenciamento, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que perderam sua condição de beneficiário por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, ou por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

14.4. O uso indevido do cartão de identificação, de quaisquer BENEFICIÁRIOS, a critério da Credenciada, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

14.5. A Credenciante assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à Credenciada, inclusive no que se refere aos dados constantes na Proposta de Admissão, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.

14.6. A Credenciante, mediante informação recebida do beneficiário titular, deverá notificar a Credenciada sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexistência dessa informação.

14.7. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a Credenciante deverá comunicar, por escrito, o fato à Credenciada, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via, que quando ocorrer será cobrado um valor igual ao valor da taxa de inscrição vigente a época do extravio. O cancelamento só terá validade a partir do protocolo de recebimento da Credenciada.

Cláusula Décima Quinta – Do início do Direito

15.1. Somente terão direito aos serviços ora contratados os BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos na Credenciada, após o cumprimento dos períodos de carências específicas para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.



204

16.2. A Credenciada assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através de seus médicos cooperados/contratados e serviços credenciados, pertencentes ao plano adquirido, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações deverão ser disponibilizados pela Credenciada.

16.3. Caberá a Credenciante a responsabilidade de solicitar a suspensão e/ou exclusão de beneficiários, sendo que a Credenciada somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da Credenciante, nos casos de fraude ou perda do vínculo do titular com a Credenciante, ou de dependência, à exceção dos demitidos e aposentados.

Cláusula Décima Sexta – Das Condições e Procedimentos de Atendimento

16.1. A Credenciada assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, exames auxiliares de apoio/diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste contrato, especificadas a seguir:

α) **Consultas e sessões:** serão realizados nos consultórios de cooperados ou credenciados escolhidos pelo beneficiário dentre a rede de prestadores, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;

β) **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;

γ) **Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados na rede própria ou credenciados, mediante solicitação, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

16.2. O beneficiário deverá requerer à Credenciada a emissão da autorização prévia para efetivação dos procedimentos, com os profissionais não médicos e de todos os atendimentos eletivos, ambulatoriais e hospitalares, à exceção das consultas médicas e de alguns exames básicos.

16.3. A autorização prévia será obtida na Credenciada do qual o beneficiário está vinculado, conforme seu cartão de identificação, ou por meio da Central Telefônica da Credenciada. A emissão da resposta à solicitação de autorização do procedimento, será emitida pela Credenciada no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

16.4. Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a Credenciada, antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, com as justificativas da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação. A Credenciada emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

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

16.6. O BENEFICIÁRIO obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação (exceto nos casos de urgência e emergência), o documento de identificação, o cartão do plano emitido pela Credenciada, em pleno vigor.

16.7. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a Credenciada fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.

16.8. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o BENEFICIÁRIO ou quem ele responda deverá apresentar à Credenciada a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente, com relatório médico justificado.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

203

16.9. A Credenciada não se responsabilizará por quaisquer acordos ajustados particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a Credenciada não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e neste contrato.

16.10. A Credenciada reserva-se no direito de exigir perícia médica para internações ou outro procedimento em situações de divergência médica, sendo garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante, ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Credenciada.

16.11. A Credenciada reserva-se no direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme artigo 17 da Lei n.º 9.656/98, desde que:

α) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

β) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a Credenciada arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

γ) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Credenciada durante o período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a Contratada a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;

δ) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e a Credenciante.

16.12. A Credenciada entregará o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, em conformidade com o disposto na RN 195/2009.

Cláusula Décima Sétima - Formação de Preço e Mensalidade

17.1. O Plano contratado será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa n.º 100/05

17.2. Por ser um plano coletivo empresarial o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, junto a Credenciada, à exceção dos demitidos e aposentados que deverão repassar os valores das mensalidades e da coparticipação diretamente à Operadora

17.3. A Credenciante obriga-se a repassar à Credenciada os valores relacionados na Proposta de Admissão e tabela de valores anexa, por cada beneficiário, para efeito de mensalidade e coparticipação, através da emissão de fatura, conforme número e faixa etária de beneficiários inscritos no plano.

17.4. As faturas emitidas pela Credenciada serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela Credenciante.

17.5. Para cobrança do valor de mensalidade e valores de coparticipação, inclusive em virtude da internação psiquiátrica a Credenciada enviará, a Credenciante, fatura/nota fiscal com a cobrança, ficando reservado o direito da Credenciada adotar outra forma de pagamento que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

17.6. As mensalidades e demais valores de responsabilidade do Credenciante serão repassadas nos seus respectivos vencimentos (até o dia 20 de cada mês), determinados na fatura ou no documento único de cobrança, nota fiscal, conforme o caso, e de acordo com a proposta de admissão. Quando a data de



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

2067

vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

17.7. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

17.8. Se a Credenciante não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na Credenciada para que não se sujeite às consequências de juros de mora e multa.

17.9. Esse credenciamento não foi negociado com preço único e será apresentado aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária e a tabela de preços adotada por faixa etária com as devidas atualizações, na manutenção da condição de beneficiário de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

17.10. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações são disponibilizadas pela Credenciada a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

Cláusula Décima Oitava - Reajuste

18.1. Para fins deste Termo, é considerado reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial.

18.2 - Todos os preços previstos neste Termo de Credenciamento(inclusive co-participação) serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida , pelo (GPM-FGV(Índice geral de preços de mercado da Fundação Getúlio Vargas) acumulando nos últimos 12 (doze) meses.

18.4. Além do índice estipulado no artigo anterior, os preços também poderão ser reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, caso seja apurada sinistralidade superior a 75% no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$R = (1 + R_{\text{Técnico}}) \times (1 + R_{\text{Financeiro}}) - 1$$

ONDE:

R = Reajuste

18.4.1 Caso o resultado da aferição do Reajuste Técnico Mínimo seja negativo, o contrato será reajustado somente pelo índice financeiro previsto no Capítulo anterior, visando assim manter o equilíbrio técnico atuarial do contrato.

18.4.2 O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 75%, e será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$R_{\text{Técnico Ideal}} = \frac{S + 1,15 \cdot \frac{\sigma_s}{\sqrt{n}}}{S_m} - 1$$

Onde:

S = Sinistralidade média do período



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

2014

$z = 1,16$ representa $z \sim N(0,1)$ para um determinado nível de confiança 87,5%

σ_s = desvio padrão da Sinistralidade mês a mês

n = número de meses observados

S_m = Meta de Sinistralidade

18.4.3 - Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 309/12 e posteriores alterações, se na data do aniversário deste contrato for verificado que a quantidade de beneficiários vinculados a este plano de saúde é inferior a 30 participantes, para o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será considerado o agrupamento deste contrato com todos os demais contratos coletivos da carteira da CONTRATADA que possuam menos de 30 participantes.

18.4.4 - O agrupamento de contratos é medida da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

18.4.5 Este contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento caso no futuro venha atingir 30 participantes ou mais, sendo que, neste caso, o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será feito de forma individualizada, sem considerar qualquer agrupamento, valendo-se da livre negociação entre as partes.

18.8. As partes estabelecem também que:

I – O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;

II – O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de BENEFICIÁRIOS serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice estabelecido pelas partes contratualmente;

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

IV - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do presente contrato.

V - Tal como preceitua a legislação, a CONTRATADA se compromete informar à ANS os reajustes aplicados nesse contrato.

Cláusula Décima Nona – Faixas Etárias

19.1. A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da contraprestação pecuniária será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente, conforme abaixo:

Faixa Etária	% Variação
00 a 18 anos	-
19 a 23 anos	22.98
24 a 28 anos	18.95
29 a 33 anos	7.28
34 a 38 anos	3.67
39 a 43 anos	16.29
44 a 48 anos	24.64
49 a 53 anos	11.37
54 a 58 anos	37.64
59 anos ou mais	53.80

[Handwritten signature]



2007

19.2. 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 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

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

19.4. A variação do preço em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário, desta forma os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

Cláusula Vigésima - Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos

20.1. Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

20.2. O ingresso no plano deverá ser formalizado pelos beneficiários em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

20.3. A Credenciada assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à Credenciada o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, observada a RN 279/2011, e suas posteriores alterações.

20.4. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-servidor demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

20.5. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-servidor aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-servidor contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-servidor contribuiu por período inferior a dez anos.

20.6. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-servidor ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

20.7. O ex-servidor demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca da Câmara Municipal sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, e suas posteriores alterações);

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

20.9. Em caso de morte do ex-servidor demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações). Em sendo mantido os beneficiários



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

dependentes no plano o dependente ou representante legal deverá assinar Termo de Assunção de Obrigações.

20.10. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos neste contrato e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-servidor em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, devendo ser comunicado o fato a Contratada;
- c) pelo cancelamento pela Câmara Municipal do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus servidores ativos e ex-servidores.

20.11. É assegurado ao ex-servidor demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos da RN nº 279/2011 e art.7C da RN nº 186/2009, e suas posteriores alterações.

20.12. Ao servidor aposentado que continua trabalhando na Câmara Municipal e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656/98 e na RN nº 279/2011, e suas posteriores alterações.

20.13. No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos servidores e ex-servidores da Credenciante, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Credenciada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

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

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

20.13.2. Considera-se, para fins de contagem de prazos de carência o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

20.14. Os direitos previstos nos art.30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 extingue-se na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

- I – pelo decurso dos prazos de permanência;
- II – pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou
- III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pela Câmara Municipal que concede este benefício a seus servidores ativos e ex-servidores.
- IV – Pela renúncia do ex-servidor ao direito previsto no art.30 e 31 da Lei 9656/98
- V – Pela omissão da manifestação e assinatura do Termo de Opção no prazo de 30(trinta) dias, contados da comunicação da Credenciante.

20.15. Não é considerada contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário, bem como aos demais valores de mensalidade ou coparticipação relacionados aos dependentes e agregados (inciso I do art.2º da RN 279 e suas posteriores alterações)

20.16. O beneficiário aposentado, demitido ou exonerado na forma e prazo previstos neste contrato, caso deixe de efetuar o pagamento das mensalidades de sua responsabilidade por período superior a 60



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

2107

sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano sem prejuízo do direito da Contratada requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

20.17. É de responsabilidade da Credenciante informar ao servidor sobre o cancelamento do contrato, em tempo hábil para opção do servidor de contratar plano individual familiar no prazo estabelecido.

20.18. Para manutenção do ex-servidor demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário do plano, a Credenciante poderá manter o ex-servidor neste mesmo plano/contrato em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, ou contratar um plano exclusivo, separado do plano dos servidores ativos mediante a assinatura de contrato específico nos termos da RN 279/2012 e suas posteriores alterações.

20.19. Se o Credenciante houver promovido a sucessão de planos de saúde de operadoras diversas, nos quais tenha ocorrido custeio pelo beneficiário ex-servidor, é obrigatório somar os prazos de contribuição relativos aos planos regulamentados pela Lei nº 9.656/98 ou adaptados às suas disposições, garantindo a manutenção da condição de beneficiário ao ex-servidor pelo período correspondente calculado na forma do contrato celebrado.

20.20. A regra prevista na Cláusula 20.19 se aplica a sucessão de planos em virtude de processo de fusão, incorporação ou cisão do Credenciante, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho do beneficiário.

20.21. A Credenciante se obriga a comunicar a Credenciada eventual alteração da forma de custeio do plano de saúde.

20.22. A Credenciante deve informar ao beneficiário ex-servidor, no Termo de Opção de permanência no plano que lhe faculta permanecer na condição de beneficiário, que este é obrigado a comunicar imediatamente à Credenciada seu ingresso em novo emprego ou atividade remunerada, sob pena de arcar com os custos reais dos procedimentos realizados após a obtenção de novo emprego.

Cláusula Vigésima Primeira - Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário

21.1. Caberá a Credenciante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

21.2. A Credenciada somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da Credenciante nas seguintes hipóteses:

- Fraude;
- Por perda dos vínculos do beneficiário titular com a credenciante, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, os demitidos e aposentados;
- Inadimplência (nos casos de beneficiário aposentado e demitido).

21.3. Perda da qualidade de beneficiário Titular:

- Pela rescisão do presente contrato;
- Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- Quando vier a falecer, após a comunicação do fato à Credenciada pela Credenciante;
- Por fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

21.4. Perda da qualidade de Beneficiário Dependente:

- Pela perda da condição de dependência prevista neste contrato;
- A pedido do beneficiário titular;
- Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
- Pela perda da qualidade do beneficiário titular do qual é vinculado.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

21/4

21.5. Exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a Credenciante do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

21.6. As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela Credenciante, por escrito, até o 10º dia útil de cada mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

21.7. As exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comunicação inequívoca da Credenciante ao ex-servidor da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos previstos nos art.30 e 31 da Lei 9656/98, devendo ainda ser fornecido a Credenciada as seguintes informações:

- I - se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II - se o beneficiário aposentado continuará trabalhando na Câmara Municipal;
- III - se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde e como é feita esta contribuição;
- IV - por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde; e
- V - se o ex-servidor optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

21.8. Havendo contribuição do ex-servidor e pedido de manutenção no plano de saúde deverá ser assinado por este, o Termo de Opção de manutenção no plano de saúde disponibilizado pela Credenciada.

Cláusula Vigésima Segunda – Rescisão e Suspensão

22.1. Este Termo de Credenciamento somente poderá ser rescindido IMOTIVADAMENTE após a vigência de 12 (doze) meses e mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

22.2. Antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência do credenciamento é facultado a Credenciante denunciar o credenciamento, mediante comunicação escrita e protocolada na Credenciada, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

22.3. Não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Termo de Credenciamento.

22.4. A não concordância por parte da Credenciante com o Índice de reajuste anual do contrato poderá implicar a rescisão deste credenciamento.

22.5. O atraso no pagamento da mensalidade, pela Credenciante, por um período superior a 30 (trinta) dias corridos, implicará na suspensão total dos atendimentos até que a Credenciante efetue o pagamento devido à Credenciada, resguardando-se o direito de rescisão contratual por parte da Credenciada.

22.6. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, antes de 12 meses, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais, nas seguintes situações:

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Inadimplência da Credenciante por período superior a 30 (trinta) dias corridos, com notificação a Credenciante, sem prejuízo do direito da Credenciada de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- c) Descumprimento da Credenciante às cláusulas, condições e características deste Termo;
- d) Quando houver a exclusão de todos os beneficiários vinculados ao credenciamento.

Cláusula Vigésima Terceira – Disposições Gerais

23.1. A execução das obrigações contratuais será fiscalizada por um servidor, formalmente designado pela Autoridade Competente, com autoridade para exercer, como representante da Câmara Municipal de Pará de Minas, toda e qualquer ação de orientação geral, acompanhamento e fiscalização da execução contratual.

23.2. A Credenciante autoriza a Credenciada a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

262
7

23.3 Os BENEFICIÁRIOS com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos e portadores de necessidades especiais têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

23.4. Fazem parte deste Termo de Credenciamento os documentos entregues a Credenciante, incluindo: proposta de admissão, declaração de saúde, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, tabela de custos faixa etária e tabela de preços por faixa etária.

23.5. Este Termo de Credenciamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação após prévia verificação e autorização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Cláusula Vigésima Quarta – Eleição do Foro

24.1. As questões decorrentes da execução deste Instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas no Foro da Comarca de Pará de Minas / MG, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam um só efeito, as quais, depois de lidas, são assinadas pelos representantes das partes, Credenciante e Credenciada, e pelas testemunhas abaixo.

Pará de Minas, 30 de abril de 2014.

Marcílio Magela de Souza
Presidente da Câmara Municipal de Pará de Minas-MG
CREDENCIANTE

Dr. Marcio de Melo Moraes

Dr. Geraldo Nasser Abdala Júnior

Unimed Pará de Minas Cooperativa de Trabalho Médico Ltda
CREDENCIADA

TESTEMUNHAS:

Nome: Diana Amida Santos Franco
CPF: 007.353.056-50



CÂMARA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS

213/

Luiz Roberto Rodrigues

Nome
CPF: 041.602.296.03

ANEXO ÚNICO PROPOSTA DE PREÇOS

1 - Valores unitários por faixa etária:

PLANO BÁSICO COM OBSTETRÍCIA

Faixa Etária	Valor da Mensalidade (R\$)
00 a 18 anos	R\$ 77,08
19 a 23 anos	R\$ 94,79
24 a 28 anos	R\$ 112,75
29 a 33 anos	R\$ 120,96
34 a 38 anos	R\$ 125,41
39 a 43 anos	R\$ 145,84
44 a 48 anos	R\$ 181,77
49 a 53 anos	R\$ 202,42
54 a 58 anos	R\$ 278,64
59 anos ou mais	R\$ 428,54

PLANO ESPECIAL COM OBSTETRÍCIA

Faixa Etária	Valor da Mensalidade (R\$)
00 a 18 anos	R\$ 100,22
19 a 23 anos	R\$ 154,37
24 a 28 anos	R\$ 167,49
29 a 33 anos	R\$ 197,62
34 a 38 anos	R\$ 213,33
39 a 43 anos	R\$ 230,33
44 a 48 anos	R\$ 269,06
49 a 53 anos	R\$ 289,02
54 a 58 anos	R\$ 365,50
59 anos ou mais	R\$ 599,50

[Handwritten signature]

2. Os atendimentos serão realizados mediante coparticipação em valores prefixados de R\$ 35 (trinta e cinco reais) para consultas; R\$ 5,00 (cinco reais) para exames e terapias de baixa complexidade (simples); R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para exames e terapias especiais de média complexidade e R\$ 50,00 (cinquenta reais) para exames e terapias especiais de alta complexidade

2.1. Nas internações superiores a 30 (trinta) dias, por ano, decorrentes de transtornos psiquiátricos sera exigida, nos termos da lei, uma coparticipação de 30 % (trinta por cento) sobre as despesas hospitalares