



Câmara Municipal de Bertioga

Estado de São Paulo

Estância Balneária

CONTRATO ADMINISTRATIVO N.º 27/2015 **Aditivo ao Contrato Administrativo n.º 26/2015**

Pelo presente instrumento público de aditamento contratual, feito ao contrato administrativo n.º 026/15, que para todos os efeitos legais o tornam público, de um lado, a **CÂMARA MUNICIPAL DE BERTIOGA**, com personalidade judiciária de direito público, inscrita no Ministério da Fazenda sob o C.N.P.J. n.º 68.021.534/0001-38, com sede à Praça Vicente Molinari s/n.º, Vila Itapanhaú, Bertioga/SP, neste ato representada pelo seu Presidente, Ver. Luís Henrique Capellini, portador do RG n.º 12.346.878-4 SSP/SP, doravante denominada de **CONTRATANTE**, e de outro lado a firma empresa **Plano de Saúde Ana Costa Ltda.**, devidamente constituída, inscrita no Ministério da Fazenda sob o C.N.P.J. n.º 02.864.364/0001-45, e Registro ANS 36.024-4, com sede à Avenida Ana Costa n.º 468, na cidade de Santos/SP, neste ato representada pelo seus Diretores, Sr. **Eduardo de Oliveira**, portador do RG n.º 2.633.081-7, e Sra. **Silmara dos Santos Tavares Luiz**, portadora do RG n.º 14.946.663-8 daqui em diante denominada de **CONTRATADA**, tem entre si justo e acordado o que segue:

Cláusula 1.ª - Fica estabelecido que a prestação dos serviços de assistência à saúde, objeto do contrato administrativo 26/2015, resultado do Processo Licitatório - Concorrência n.º 001/2015 — Processo n.º 0179/2015, promovido pela **CONTRATANTE**, obedecerá os termos contidos no presente Contrato, no Edital de Concorrência n.º 001/2015 e no Anexo "A" que integra o presente aditivo, sendo que, para o referido Anexo "A", a aplicação será procedente para disposições não previstas no Contrato e/ou no Edital de Concorrência, assim como para cumprimento da Lei 9656/98 e demais resoluções e instruções normativas editadas pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Cláusula 2ª - O Anexo "A", parte integrante deste aditamento contratual e do Contrato Administrativo n.º 26/15, é cópia fiel do produto devidamente registrado na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, pela **CONTRATADA**, com as seguintes características:

- 1- Nome do Produto : Plano Millenium I Master;
- 2- Tipo de Contratação : Coletivo Empresarial;
- 3- Segmentação : Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- 4- Padrão de Acomodação: Individual (apartamento);
- 5- Área Geográfica de Abrangência : Grupo de Municípios;
- 6- Área de Atuação: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente;
- 7- Registro ANS: 705.115/99-8.

Cláusula 3ª - Fica ratificado pelas partes que o Contrato Administrativo n.º 26/2015 terá vigência de 24 meses, a partir do dia 01 de setembro de 2015, podendo ser prorrogado por mais períodos, a critério das partes, observando-se o tempo máximo de sua vigência total de 60 (sessenta) meses, como dispõe o artigo 57, II, da Lei n.º 8.666/93.



Câmara Municipal de Bertioga

Estado de São Paulo

Estância Balneária

Cláusula 4ª - Fica ratificado pelas partes que os valores previstos no Contrato Administrativo nº 26/2015 poderão ser reajustados anualmente pelo IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo ou pela variação dos insumos nos termos da Lei Federal nº 9656/98, enquanto for vigente, inclusive em eventuais prorrogações.

Cláusula 5ª - Fica determinado que não haverá cobrança, pela **CONTRATADA** para a **CONTRATANTE**, da co-participação prevista na legislação vigente, disposta no item 17, alínea A, do Anexo A, deste aditivo.

Cláusula 6ª - Fica determinado que, quando da renovação da vigência do Contrato Administrativo nº 26/2015 a **CONTRATADA** isentará do cumprimento dos prazos de carências às inscrições de novos beneficiários titulares e respectivos dependentes legais. A referida isenção de carências será direcionada, exclusivamente, aos novos titulares e respectivos dependentes legais, excetuando-se, portanto, os beneficiários agregados, que obedecerão as regras contidas no inciso VI - Das Carências, do Anexo "A".

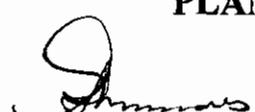
Cláusula 7ª - O contrato administrativo n.º 26/2015, fica aditado nos termos das cláusulas anteriores no que lhes próprio, permanecendo inalteradas as demais cláusulas do citado instrumento.

E por estarem assim justos e contratados assinam as partes o presente contrato, por si e seus sucessores, em 03 (três) vias de igual teor, e rubricadas para todos os efeitos de direito, na presença das testemunhas abaixo assinada.

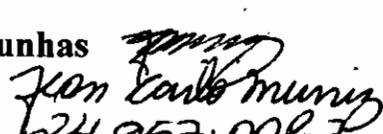
Bertioga, 26 de agosto de 2.015.

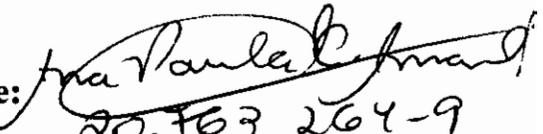

VER. Luís Henrique Capellini
Presidente da Câmara Municipal de Bertioga
CONTRATANTE

CONTRATADA
PLANO DE SAÚDE ANA COSTA LTDA.


Sra. Silmara dos Santos Tavares Luiz
Diretora


Sr. Eduardo de Oliveira
Diretor

Testemunhas
Nome: 
RG. 24.957.008-7

Nome: 
RG. 20.763.264-9



**PLANO DE SAÚDE ANA COSTA LTDA.
REGISTRO ANS 36.024-4.**

ANEXO "A"

**PLANO MILLENIUM I MASTER
(AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – 705.115/99-8)**

**CONTRATO DE COBERTURA DE CUSTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

Qualificação da OPERADORA:

PLANO DE SAÚDE ANA COSTA LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J. sob o número 02.864.364/0001-45, com sede à Av. Ana Costa, nº 468, Gonzaga, Santos/SP, na qualidade de Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 36.024-4 e classificada como Medicina de Grupo, doravante denominada **ANA COSTA SAÚDE**.

Qualificação da CONTRATANTE:

Razão Social: **CÂMARA MUNICIPAL DE BERTIOGA**

CNPJ: 68.021.534/0001-68

Endereço: Praça Vicente Molinari, s/nº

Bairro: Vila Itapanhaú Cidade/Estado: Bertioiga - SP

CEP:11250-000

Nome Comercial: Plano Millenium I Master, registrado na ANS sob o nº 705.115/99-8.

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Tipo de Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de Municípios.

Área de Atuação do Plano de Saúde: A área de atuação da Operadora compreende a Região 4, de acordo com o Anexo III, da IN 23/2009, da DIPRO/ANS.

Padrão de Acomodação em Internação: Individual (Apartamento).

Formação do Preço: Pré-pagamento na forma de mensalidade.

I- DO OBJETO E DA NATUREZA DO CONTRATO

1. Constitui objeto deste contrato a garantia de cobertura dos custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e publicado pela ANS, vigente à época do evento.

1.1. O presente contrato reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

1



II- DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

2. Serão considerados como beneficiários, para efeitos desta contratação, a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, abrangendo os sócios da pessoa jurídica contratante; os administradores da pessoa jurídica contratante; os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; os agentes políticos; os trabalhadores temporários; os estagiários; os menores aprendizes; e seus respectivos dependentes, na forma e condições previstas neste contrato.

2.1. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

2.2. Serão considerados Beneficiários Dependentes deste Contrato: Cônjuge ou companheiro(s); filhos tutelados, desde que menores de 21 anos de idade ou de 24 anos de idade, se universitários comprovados e solteiros, assim como menores sob guarda judicial;

3. A **CONTRATANTE** deverá fornecer ao **ANA COSTA SAÚDE**, por escrito, todas as informações necessárias ao cadastramento dos beneficiários, incluindo as fotocópias de suas certidões e de documentação comprobatória do vínculo do titular junto à **CONTRATANTE**.

4. A **CONTRATANTE** solicitará, por escrito, todas as inclusões, alterações e exclusões de beneficiários do cadastro, até a data estipulada para encerramento da movimentação cadastral, para efeito de apuração dos dados necessários ao faturamento mensal. Após esta data, toda a movimentação cadastral somente será válida para o próximo período a ser faturado.

5. A **CONTRATANTE** deverá fornecer a relação de todos os beneficiários antes do início da vigência do Contrato e, daí por diante, cadastrar cada novo titular, bem como seus dependentes em até 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua admissão junto à **CONTRATANTE**, ou do evento que originou a condição de dependência (casamento, nascimento, adoção etc.).

6. Por ocasião do cadastramento dos beneficiários, a **CONTRATANTE** deverá estabelecer o plano para cada beneficiário titular, que será estendido, obrigatoriamente, aos seus dependentes inscritos.

7. Ao **ANA COSTA SAÚDE** é assegurado o direito de não atender os beneficiários que não tenham sido cadastrados nos prazos acima estabelecidos.

8. Os beneficiários que não tenham sido cadastrados no prazo acima estabelecido, poderão ser incluídos, a critério do **ANA COSTA SAÚDE**, mediante o cumprimento dos prazos de carências estabelecidos neste contrato.

9. Os beneficiários incluídos nos termos acima, terão direito ao atendimento nos casos resultantes de acidentes pessoais ocorridos, comprovadamente, a partir de zero hora do dia subsequente à data de sua inclusão.

10. Nenhuma inclusão de beneficiário terá validade, se não solicitada por escrito, pela **CONTRATANTE** ao **ANA COSTA SAÚDE**.

11. Será assegurado aos beneficiários deste contrato:

2



11.1. A inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário adotante (artigo 12, VII, da Lei 9.656/1998); e

11.2. A inscrição de recém-nascido, filho adotivo ou natural, do beneficiário titular ou dependente, com isenção de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, (artigo 12, III, alínea "b", da Lei 9.656/1998), sendo-lhes vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

III- DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

12. Será garantida aos beneficiários a cobertura assistencial para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, observando-se os procedimentos previstos no artigo 12 da Lei 9656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, conforme segue:

12.1. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, abrangendo as ações de concepção, anticoncepção, atividades educacionais, aconselhamentos e atendimento clínico, previstos na regulamentação específica vigente.

12.2. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

12.3. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

COBERTURA AMBULATORIAL

13. A cobertura na segmentação **AMBULATORIAL** compreende:

13.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

13.2. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

13.3. consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

13.4. psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

13.5. procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

13.6. os seguintes procedimentos considerados especiais:



- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

COBERTURA HOSPITALAR

14. A cobertura na segmentação HOSPITALAR compreende:

14.1. internações hospitalares, vedada à 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 pelo plano;

14.2. internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

14.3. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

14.4. 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;

14.5. toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

14.6. remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

14.7. despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

14.8. cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

14.9. estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

4



14.10. os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

14.11. procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

14.12. 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;

14.13. cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

14.14. procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, a critério do médico assistente.

COBERTURA OBSTÉTRICA

15. Será garantida a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, compreendendo:

15.1. um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

15.2. a assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;

COBERTURA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

16. Será garantida a cobertura para o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10;



17. Estará coberto o custeio integral de, pelo menos, **30 (trinta) dias** de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise e portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

a) Quando ultrapassados o prazo previsto de 30 dias para o custeio integral da internação psiquiátrica, a **CONTRATANTE** deverá pagar, a título de coparticipação, o equivalente a **50% (cinquenta por cento)** da despesa hospitalar, na forma da legislação vigente;

b) As internações, exclusivamente para tratamentos psiquiátricos, serão sempre em quartos não privativos, tipo enfermaria, independentemente do padrão escolhido pela **CONTRATANTE**;

18. Estarão cobertos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (Revisão CID-10), dentro da abrangência da cobertura deste contrato e nas seguintes condições :

18.1. O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais e em regime de internação solicitados pelo médico assistente;

18.2. O atendimento/acompanhamento em hospital-dia psiquiátrico, quando preenchido, pelo menos, um dos seguintes critérios :

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

b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);

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

d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);

18.3. Cobertura de 12 (doze) sessões por ano contratual, 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 F30, F32, F34, F38, F39);

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

COBERTURA DE TRANSPLANTES

19. Fica assegurado o direito à cobertura dos transplantes previstos na legislação, tanto de órgãos provenientes de doador vivo quanto de doador cadáver, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos



e dentro da abrangência da cobertura da segmentação hospitalar. A cobertura para transplantes será cumprida e atualizada conforme publicação do Rol de Procedimentos, pela ANS.

19.1. As despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, excetuando-se os medicamentos de manutenção;

19.1.1. A internação do doador vivo não poderá ocorrer em padrão de acomodação superior à do **CONTRATANTE**. Na hipótese de ser utilizada uma acomodação de padrão superior, a diferença será de responsabilidade do **CONTRATANTE**;

19.2. O **BENEFICIÁRIO**, candidato à transplante proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

IV- DAS EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DE COBERTURA

20. Estão **excluídos da cobertura** deste contrato todos os procedimentos a seguir especificados:

20.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

20.2. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

20.3. Tratamentos relacionados com métodos de infertilidade, através das diversas modalidades de inseminação artificial;

20.4. Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;

20.5. Tratamento em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

20.6. Fornecimento de medicamentos, materiais e produtos importados não nacionalizados;

20.7. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

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

20.9. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

20.10. Transplantes, à exceção dos previstos na legislação vigente e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, publicado pela ANS;

20.11. Aluguel de equipamento, aparelhos, móveis e utensílios hospitalares ou similares, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar;

7



20.12. Despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar durante a internação, tais como: jornais, TV, telefone e frigobar, despesas de acompanhante, excetuando os casos previstos em lei;

20.13. Diagnósticos, tratamentos clínicos e cirúrgicos de patologias não abrangidas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - Versão 10 (CID-10), da Organização Mundial de Saúde;

20.14. Fornecimento de medicamentos, materiais, assistência médica, enfermagem, fisioterapia e oxigenoterapia para tratamento em ambiente domiciliar;

20.15. Medicamentos e materiais, exceto aqueles utilizados durante o regime hospitalar, ou os estritamente necessários ao atendimento ambulatorial do paciente, nos casos de urgência ou emergência, ou durante a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, quando necessários, e medicamentos orais de qualquer natureza prescritos em regime ambulatorial, exceto os previstos no Rol de Procedimentos da ANS;

20.16. Procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

20.17. Procedimentos odontológicos de qualquer natureza, e suas conseqüências, inclusive os decorrentes de acidentes pessoais, exceto as internações para cirurgias de huco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

20.18. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Logopedia e Sonoterapia;

20.19. Vacinas, necropsias, cirurgias fetais, internações e cirurgias para mudança de sexo;

20.20. Qualquer tipo de remoção não prevista neste contrato, por via diferente da terrestre ou fora da área geográfica de abrangência do plano contratado;

20.21. Reembolso de qualquer natureza, excetuando nos casos de urgência ou emergência, conforme previsto neste contrato.

V- DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

21. O prazo de vigência da presente contratação é de 12 (doze) meses, contados a partir da data de início estabelecida no Contrato. Após este período, será automaticamente renovado por tempo indeterminado, podendo ser rescindido a qualquer época e a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante o cumprimento do aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

22. Os direitos à assistência médica-hospitalar estão condicionados ao prazo de vigência deste contrato.



VI- DAS CARÊNCIAS

23. As coberturas previstas no presente instrumento passarão a vigorar após cumprimento dos prazos de carência abaixo descritos:

- a) **24 (vinte e quatro) horas** para os casos de emergência e urgência;
- b) **30 (trinta) dias** para consultas, exames de análises clínicas, raio x sem contraste e eletrocardiografia;
- c) **180 (cento e oitenta) dias** para exames anatomo-patológicos, colposcopia, raio x com contraste, ultrassonografias, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, "tilt testes" e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, diálise peritoneal, hemodiálise, litotripsias, pequenas cirurgias, internações clínicas e cirúrgicas e todos os demais procedimentos cobertos pelo plano, ressalvados os prazos previstos neste contrato;
- d) **300 (trezentos) dias** para parto a termo.

24. Esses prazos de carência se aplicam também nas seguintes situações;

- a) nas transferências de plano de padrão inferior para superior, em qualquer das modalidades de contratação, que representem incremento de rede referenciada, mudança de acomodação em regime de internação ou aumento dos níveis de reembolso;
- b) no plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários igual ou superior a 30 (trinta), quando o ingresso do beneficiário for formalizado após 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou da sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
- c) no plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários inferior a 30 (trinta);

25. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carência nos planos com 30 participantes ou mais, desde que os beneficiários formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

26. A contagem dos prazos de carência para cada beneficiário se dará a partir do seu ingresso no plano.

VII- DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

27. Entende-se por **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)** 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 9.656, de 3 de junho de 1998 e as diretrizes estabelecidas nas Resoluções Normativas da ANS.

28. O beneficiário deverá informar por meio da Declaração de Saúde o conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

28.1. A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pelo ANA COSTA SAÚDE, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

28.2. O beneficiário terá 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 pelo ANA COSTA SAÚDE, sem qualquer ônus.



28.3. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial do ANA COSTA SAÚDE, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

28.4. 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 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 conseqüências da omissão de informações.

29. O ANA COSTA SAÚDE terá como obrigação proteger as informações prestadas nas declarações de saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

30. Declarada a Doença ou Lesão Preexistente, o beneficiário deverá cumprir a **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, cujo conceito é a suspensão da cobertura, por um período ininterrupto de 24 meses, contados da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, para os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

31. Eventuais divergências acerca da existência de **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)** deverão ser dirimidas pela ANS, com base nas disposições contidas na Resolução Normativa nº 162/2007, ou qualquer outra que vier a substituí-la, observando o seguinte:

32. Havendo indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de **DLP** por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, o ANA COSTA SAÚDE comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de **Termo de Comunicação ao Beneficiário**, oferecendo o cumprimento da CPT pelos meses restantes, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano.

33. Caso o **BENEFICIÁRIO** não concorde com a alegação de **DLP**, o ANA COSTA SAÚDE deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação.

33.1. A ANS intimará o **BENEFICIÁRIO** para se manifestar, assim como para apresentar os documentos e os esclarecimentos que julgar necessários para a instrução do processo.

33.2. Após julgamento e acolhida a alegação do ANA COSTA SAÚDE, o **BENEFICIÁRIO**, passará 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 do recebimento do **Termo de Comunicação ao Beneficiário**.

33.3. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.



34. Será vedada a alegação de omissão de informação de **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE** quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

35. No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes **igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários**, não haverá incidência de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.”

VIII- DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

36. Define-se como casos de urgência e emergência

36.1. Casos de urgência: os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

36.2. Casos de emergência: os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

37. Os casos de urgência e emergência serão garantidos pelo **ANA COSTA SAÚDE**, nas seguintes condições:

37.1. Os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato;

37.2. Os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, após cumprimento do período de carência;

37.3. Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, durante o cumprimento dos períodos de **CARÊNCIA**;

37.4. O atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)** e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES**;

37.5. O atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de **CARÊNCIA** para internação.

IX - DA REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR

38. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde, quando ocorrer:



38.1. de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital referenciado e credenciado da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

38.2. de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não referenciado e não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital referenciado e credenciado da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

38.3. de hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado e credenciado da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital referenciado e credenciado da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

38.4. de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não referenciado e não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital referenciado e credenciado da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e

38.5. de hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado e credenciado da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital referenciado e credenciado da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

39. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

40. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

40.1. de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN nº 259, de 2011; ou

40.2. de hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado e credenciado da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital não referenciado e não credenciado ao plano de saúde do beneficiário.

X- DO REEMBOLSO

41. Nos casos de atendimentos de urgência e emergência, ocorridos dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados, será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas realizadas, dentro dos limites



de cobertura do contrato, observada a Tabela Ana Costa, registrada no 4º Tabelião de Notas de Santos, Oficial de Registro de Títulos e Documentos de Santos, protocolada e microfilmada sob nº 133209, ou qualquer outra que venha a substituí-la.

42. Para efeito de reembolso, o **CONTRATANTE** deverá apresentar a solicitação no prazo máximo de **1 (um) ano**, contado da data do evento, os seguintes documentos originais:

42.1. Relatório médico detalhado e/ou prontuário médico, contendo data, hora, local de atendimento, diagnóstico, procedimento realizado, as condições que caracterizaram a urgência e emergência, data da internação e da alta hospitalar, carimbo e assinatura do médico responsável;

42.2. Recibo ou Nota Fiscal da conta hospitalar discriminada, inclusive com a relação de materiais, medicamentos, taxas, etc; e,

42.3. Recibo ou Nota Fiscal dos honorários médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando suas funções e o evento a que se referem apontando o número do CPF e do CRM do profissional.

42.4. Demais documentos que o **ANA COSTA SAÚDE** julgar necessários.

43. O reembolso será efetuado, obedecidas as coberturas deste contrato, no prazo máximo de **30 (trinta) dias após a entrega dos documentos**, desde que não haja necessidade de informações e/ou documentos complementares.

44. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam cálculo correto do reembolso, o **ANA COSTA SAÚDE** poderá solicitar ao beneficiário documentação ou informações complementares em até 30 (trinta) dias corridos após a entrega da respectiva documentação, o que acarretará na contagem de novo prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da entrega da documentação solicitada, para que seja feito o reembolso.

45. Fica garantido que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pelo **ANA COSTA SAÚDE** junto à rede de prestadores do respectivo plano.

46. Em não se caracterizando a situação de urgência ou emergência, o **ANA COSTA SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento das despesas decorrentes dos serviços prestados por médicos ou estabelecimentos não referenciados ou serviços não cobertos por este contrato.

XI- DAS REGRAS DE UTILIZAÇÃO

47. Para que os **BENEFICIÁRIOS** possam usufruir das garantias previstas neste contrato, deverão apresentar aos prestadores de serviços credenciados pelo **ANA COSTA SAÚDE**, os seguintes documentos originais:

47.1. o documento de identidade legalmente reconhecido, com foto; e

47.2. o cartão de identificação fornecido pelo **ANA COSTA SAÚDE**.

47.3. solicitação de atendimento nos locais onde assim se exigir.



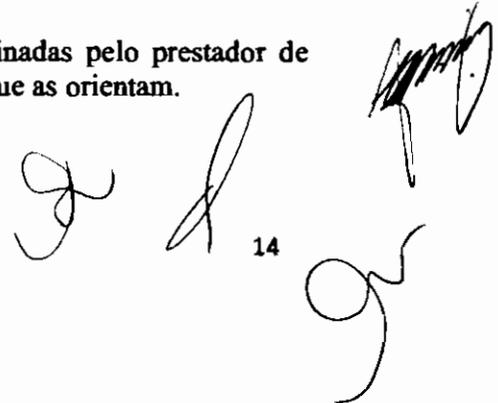
48. Nas internações, além do Cartão de Identificação e documento de identidade, o beneficiário deverá portar a Guia de Internação fornecida pelo ANA COSTA SAÚDE, mediante pedido de internação preenchido e firmado pelo médico responsável pela solicitação.

49. Em caso de urgência/emergência, a Guia de Internação deverá ser apresentada em até 2 horas do fato, exceto nos serviços referenciados onde vigorar o sistema de senha, não sendo considerados dias em que não haja expediente normal no ANA COSTA SAÚDE. Isso não ocorrendo, o ANA COSTA SAÚDE estará eximido de toda e qualquer responsabilidade, seja técnica e/ou financeira.

50. Dependerá da prévia autorização do ANA COSTA SAÚDE, a realização dos procedimentos e tratamentos abaixo relacionados:

- a) Ergometria, Holter e Ecocardiograma;
- b) Exames de diagnóstico em Medicina Nuclear;
- c) Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;
- d) Exames de Neurofisiologia;
- e) Exames de Ultra-sonografia;
- f) Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, de Neurorradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;
- g) Exames de Hemodinâmica, Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;
- h) Exames Angiológicos de Doppler, Fluxometria e Investigação Vascular Ultrassônica;
- i) Exames de Densitometria Óssea;
- j) Exames de Genética Humana;
- k) Fisioterapia;
- l) Dessensibilização;
- m) Procedimentos Terapêuticos Endoscópicos Digestivos, Respiratórios e Urológicos;
- n) Hemodinâmica Terapêutica e Angioplastias;
- o) Radioterapia do tipo Megavoltagem, Cobaltoterapia, Cesioterapia, Eletroterapia, Gasoterapia, Eletroterapia;
- p) Radioterapia do tipo Radiomoldagem, Radioimplante e Braquiterapia;
- q) Quimioterapia Intra-tecal ou com Medicina Nuclear;
- r) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia e Cirurgia Plástica Reparadora;
- s) Procedimentos para Litotripsias;
- t) Artroscopia;
- u) Diálise Peritoneal - CAPD ou Hemodiálise;
- v) Hemoterapia;
- w) Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial, incluindo sessões de psicoterapia, conforme cláusula do Tratamento de Transtornos Psiquiátricos;
- x) Cirurgias em regime ambulatorial (day-hospital);
- y) Nutrição enteral ou parenteral.

51. As guias de autorização devem ser devidamente preenchidas e assinadas pelo prestador de serviços, sob pena de devolução, anotando-se o CID e os demais códigos que as orientam.





52. A resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será efetuada no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência e emergência.

53. Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede credenciada do ANA COSTA SAÚDE.

54. Os transplantes e seus procedimentos, as internações para tratamento de AIDS, próteses e os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, tendo em vista as suas particularidades, serão realizados em locais especificamente determinados pelo ANA COSTA SAÚDE.

55. A internação de beneficiários portadores de moléstias debilitantes e progressivas, em fase terminal, diante de tais circunstâncias específicas, serão feitas em hospitais determinados pelo ANA COSTA SAÚDE.

XII- DA REDE CREDENCIADA

56. A REDE CREDENCIADA, constituída por médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e pronto-socorros, encontra-se relacionada no **ORIENTADOR MÉDICO-HOSPITALAR**, que está a disposição de forma gratuita aos **BENEFICIÁRIOS**.

57. Além da distribuição do Orientador Médico-Hospitalar os beneficiários terão acesso às informações da REDE CREDENCIADA, por meios de divulgação eletrônica, no sítio www.anacostasaude.com.br.

58. É facultada ao ANA COSTA SAÚDE a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17º e seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

58.1. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o “caput” deste artigo ocorrer por decisão do ANA COSTA SAÚDE, durante período de internação do beneficiário, o ANA COSTA SAÚDE manterá a internação até a alta hospitalar.

58.2. Excetuam-se do previsto no item anterior, os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando o ANA COSTA SAÚDE arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

XIII- DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

59. Em caso de divergência de natureza médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do ANA COSTA SAÚDE.



60. Cada parte arcará com as despesas de seu médico assistente, caso o escolhido pelo beneficiário não seja pertencente à rede credenciada. Os honorários do terceiro serão suportados pela ANA COSTA SAÚDE.

61. Após a análise da junta médica, fica reservado ao ANA COSTA SAÚDE o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste regulamento.

XIV - DO PAGAMENTO DA MENSALIDADE

62. As mensalidades estipuladas na data do preenchimento do formulário "Proposta Comercial de Contratação Coletiva" serão aquelas estabelecidas na tabela de preços do ANA COSTA SAÚDE, por beneficiário, de acordo com sua faixa etária, observadas a modalidade e as condições escolhidas pela CONTRATANTE.

62.1. Durante a vigência do Contrato, contemplando, inclusive, o período do cumprimento do aviso prévio de sua denúncia, o número de vidas inscritas não poderá ser inferior a 70% (setenta por cento) da média apurada no número de vidas inscritas atos os 12 (doze) últimos meses de vigência do Contrato. No caso de ser constatada redução de vidas, o faturamento mensal será realizado conforme o número mínimo exigido e descrito acima. Será utilizado, para a complementação do cálculo do faturamento mínimo, o valor da menor mensalidade dentre os planos contratados, considerando-se a faixa etária de 0 a 18 anos ou a tabela única, conforme contratado.

63. As mensalidades deverão ser pagas pela CONTRATANTE, mensalmente, na data estipulada no contrato, em regime de pré-pagamento. O ANA COSTA SAÚDE adotará a modalidade de cobrança bancária ou a que melhor lhe aprouver.

64. A movimentação cadastral será encerrada na data determinada no Contrato e o número de beneficiários apurado, nesta data, no cadastro do ANA COSTA SAÚDE, será utilizado para o cálculo da fatura a ser paga pela CONTRATANTE;

65. O pagamento da fatura, após o vencimento, ficará sujeito à cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (equivalente a 0,033 ao dia).

66. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos no plano contratado.

67. O fato dos beneficiários, durante a vigência do Contrato, não terem se utilizado de qualquer cobertura, não exonera a CONTRATANTE do pagamento das mensalidades a vencer e não lhe atribui o direito de restituição das mensalidades pagas.

68. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

XV- DOS REAJUSTES

69. Todos os valores de remuneração do presente contrato serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice financeiro IGP/DI (Índice



Geral de Preços – Disponibilidade Interna), da Fundação Getúlio Vargas – FGV, acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

70. Além do índice estipulado no item anterior, os preços também poderão ser reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, caso seja apurada sinistralidade superior a 70% (setenta por cento) no período avaliado, que será apurado conforme a seguinte fórmula :

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

R - deverá refletir a recomposição do valor da moeda (inflação) para o período
Financeiro

R - deverá refletir a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período
Técnico

71. Para fins de obtenção da sinistralidade do presente contrato, serão considerados eventuais ressarcimentos realizados pelo ANA COSTA SAÚDE ao SUS – Sistema Único de Saúde, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários da CONTRATANTE no serviço público.

72. O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 70% (setenta por cento), e será apurado conforme a seguinte fórmula :

$$R_{\text{Técnico Ideal}} = \frac{S + Z_y \times \frac{\sigma_s}{\sqrt{n}}}{S_{\text{meta}}} - 1$$

Onde :

S = sinistralidade atual do contrato

S_{meta} = sinistralidade - meta definida pela operadora – 70%

Z_y x $\frac{\sigma_s}{\sqrt{n}}$ = margem de segurança estatística (Z_y = nível de confiança, σ_s = desvio padrão da sinistralidade mês a mês, n = número de meses observados)

73. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa da ANS RN 309/2012 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 (trinta) participantes, para o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será considerado o agrupamento deste contrato com todos os demais contratos coletivos da carteira do ANA COSTA SAÚDE que possuam menos de 30 participantes.

74. O agrupamento de contratos é a medida da 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.

75. Este contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento caso no futuro venha a atingir 30 participantes ou mais, sendo que, nesse caso, o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será feito de forma individualizada, sem considerar qualquer agrupamento.

76. Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada beneficiário (titulares e dependentes) serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inscrição dos beneficiários no plano;



77. Fica, ainda, estabelecido que :

77.1. O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária;

77.2. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inscrições de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes neste documento;

77.3. Independentemente da data de inscrição dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;

77.4. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato e plano de saúde;

78. Tal como preceitua a legislação, o ANA COSTA SAÚDE se compromete informar à ANS os reajustes aplicados neste contrato.

XVI- DA VARIAÇÃO DE VALORES POR FAIXAS ETÁRIAS

79. A variação do valor das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de qualquer dos beneficiários no curso do contrato, obedecerá as faixas etárias abaixo informadas, cujos percentuais estão dispostos na tabela de preços anexa à "Proposta Comercial de Contratação Coletiva", parte integrante do presente contrato. Os respectivos percentuais serão aplicados, sempre, sobre o valor da mensalidade que vigorava no mês imediatamente anterior ao mês da mudança da faixa, passando a vigorar o novo preço a partir do mês da mudança:

Faixa Etária	Padrão Master Variação Percentual
00-18 anos	-
19-23 anos	5,00%
24-28 anos	14,27%
29-33 anos	5,83%
34-38 anos	15,76%
39-43 anos	17,69%
44-48 anos	49,71%
49-53 anos	23,17%
54-58 anos	23,82%
59-999 anos	51,65%

79.1. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

79.2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.



79.3. O reajuste por faixa etária será aplicado no mês subsequente ao de seu aniversário, quando o beneficiário completar a idade limite.

XVII - DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

80. Os beneficiários serão excluídos do plano, nas seguintes condições:

80.1. a qualquer tempo por solicitação do **CONTRATANTE**;

80.2. Prática de fraude, qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas informações constantes na Declaração de Saúde e Termo de Responsabilidade.

80.3. Informações incompletas ou inverídicas referentes ao estado de saúde do beneficiário titular e de seus dependentes;

80.4. Práticas de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita.

80.5. Perda do vínculo do titular com a **CONTRATANTE**, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

81. Caberá tão somente à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários.

82. No caso de exclusão de beneficiário, assim como no caso de rescisão contratual, a **CONTRATANTE** fica obrigada a devolver ao **ANA COSTA SAÚDE** todos os cartões de identificação utilizados durante a vigência do contrato, sob pena de responder pelas eventuais despesas resultantes de seu uso indevido, pelo beneficiário ou por terceiros.

XVIII- DA MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA DEDITIDOS E APOSENTADOS

83. Fica assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano de saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário, assim como de seus respectivos dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo junto ao **ANA COSTA SAÚDE** o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos Arts. 30 e 31, da Lei 9656/98, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

84. Períodos de manutenção :

84.1. o período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses;

84.2. o período de manutenção da condição para o ex-empregado aposentado será de :

- a) indeterminado, se o ex-empregado 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-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

19



- 84.3.** a manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do usuário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar;
- 84.4.** o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de **30 (trinta) dias, contados da comunicação inequívoca do empregador 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;**
- 84.5.** o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário;
- 84.6.** o direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho;
- 85.** Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes;
- 86.** A condição de beneficiário deixará de existir :
- a) pelo decurso dos prazos de manutenção descritos no item 2;
 - b) pela admissão do beneficiário demitido ou aposentado em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de saúde coletivo empresarial, por adesão ou autogestão;
 - c) pelo cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano de saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados;
- 87.** Fica assegurado ao ex-empregado ou aposentado e respectivos dependentes vinculados ao plano durante o período de manutenção da condição de beneficiário, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras de planos de saúde;
- 88.** Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário aqui dispostas;
- 89.** No caso de cancelamento do benefício do plano de saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da **CONTRATANTE**, os beneficiários poderão optar, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício**, em ingressar em um plano individual ou familiar do **ANA COSTA SAÚDE**, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carências, desde que :
- a) o **ANA COSTA SAÚDE** 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 corresponda ao valor da tabela vigente na data da adesão ao plano individual ou familiar.

  
20 



XIX- DA SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO E DA RESCISÃO CONTRATUAL

90. O atraso no pagamento da mensalidade suspenderá automaticamente, o direito aos serviços durante o período de inadimplência, os quais somente serão restabelecidos a partir da zero hora do dia seguinte ao dia do efetivo pagamento da mensalidade em atraso.

90.1. O término da suspensão do atendimento não dará direito a cobertura de eventos que se tenham verificado durante a suspensão.

91. Este contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente, por qualquer das partes, após decorrido o prazo de um ano de vigência, mediante notificação expressa, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

92. Ocorrendo a rescisão antes do prazo final da vigência, no primeiro ano, por iniciativa da CONTRATANTE, esta, se realizou despesas com internação, deverá reembolsar ao ANA COSTA SAÚDE o respectivo montante atualizado monetariamente, concomitantemente com a rescisão.

92.1. Além do previsto acima, na hipótese da CONTRATANTE solicitar a rescisão do Contrato antes da vigência inicial de 12 meses, o ANA COSTA SAÚDE calculará a sinistralidade do período de sua vigência, estabelecendo-se que, se o resultado apurado ultrapassar o limite de sinistralidade previsto de 70% (setenta por cento), o excedente será faturado à CONTRATANTE, conforme previsto no inciso XV – DOS REAJUSTES do presente instrumento.

93. Sem prejuízo das penalidades legais, o Contrato será automaticamente cancelado, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios e devoluções monetárias à parte infratora, nas seguintes situações:

93.1. Prestar informações incorretas com erros ou omissões acerca das condições pessoais de cada um dos beneficiários, por ocasião da inscrição dos mesmos no plano;

93.2. Em existindo culpa grave ou dolo na provocação do acidente pessoal ou na eclosão das moléstias que deram origem à internação;

93.3. Inobservância das obrigações convencionadas no contrato, inclusive atraso no pagamento da mensalidade, fato que, em ocorrendo, desobrigará o ANA COSTA SAÚDE a garantir qualquer cobertura dos custos de assistência médica hospitalar contratados;

94. Em se acumulando uma segunda prestação vencida, obriga-se a CONTRATANTE a pagar, integralmente, as mensalidades vencidas, submetendo-se ainda à multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento).

XX- DA CONTRATAÇÃO POR MODALIDADE COLETIVA

95. As condições particulares do contrato serão estabelecidas na Proposta de Contratação, conforme abaixo:

95.1. Contrato Empresarial, com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta), não cumprirá prazo de carência e cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

21



95.2. Contrato Empresarial, com numero de participantes inferior a 30 (trinta), deverá cumprir os prazos de carência, cobertura parcial temporária, conforme estabelecido neste contrato.

XXI - DA TRANSFERÊNCIA DO PLANO

96. O ANA COSTA SAÚDE admitirá a transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo, desde que seja observado concomitantemente os seguintes critérios:

96.1. Estar em dia com o pagamento das **MENSALIDADES**;

96.2. Ter cumprido os prazos de **CARÊNCIA** e **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)** estabelecidos no presente instrumento; e

96.3. Cumprir prazo de **CARÊNCIA** por 180 (cento e oitenta) dias para internações em padrão de acomodação "Individual", se o beneficiário tiver contratado inicialmente o padrão de acomodação "Enfermaria".

97. A transferência de plano somente poderá ser solicitada após 12 (doze) meses do início da vigência do presente contrato, sendo certo que entre uma transferência e outra deverá ser observado o prazo mínimo de 12 (doze) meses.

XXII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

98. Se ocorrer a indevida utilização dos serviços em período de suspensão de atendimento por atraso no pagamento, a **CONTRATANTE** será a única responsável, perante o prestador de serviços, pelo pagamento das despesas que o fato der causa.

99. Se ocorrer qualquer atendimento, inclusive internações hospitalares, seja em caráter de urgência, emergência ou eletivo, durante o período em que a **CONTRATANTE** esteja em atraso com o pagamento da mensalidade, será da mesma a responsabilidade pelo pagamento e respectivos custos, passando o **ANA COSTA SAÚDE** a responder somente pelas despesas posteriores ao pagamento da mensalidade em atraso;

100. No caso de o **ANA COSTA SAÚDE** pagar qualquer conta em razão de serviços utilizados pelos beneficiários inscritos no plano da **CONTRATANTE** em período em que esta eventualmente se encontre inadimplente, referidas contas deverão ser reembolsadas pela **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, mediante a comprovação do pagamento ao **ANA COSTA SAÚDE**.

101. Ao **ANA COSTA SAÚDE** é assegurado o direito de cobrar em Juízo, pela via executiva ou outra que preferir, os valores das mensalidades não pagas pela **CONTRATANTE**, a contar da data de inadimplemento, independentemente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial.

102. A **CONTRATANTE** deverá informar, imediatamente, tão logo ocorra a perda da condição de dependência das pessoas ao beneficiário titular, respondendo pelos prejuízos a que der causa o descumprimento desta obrigação.

22



103. A cobertura relativa a qualquer dependente cessará de pleno direito, no mês seguinte ao da perda da condição de dependência.

104. A **CONTRATANTE** obriga-se a devolver, incontinentemente, ao **ANA COSTA SAÚDE**, os Cartões de Identificação dos Beneficiários referentes ao presente contrato, em caso de sua rescisão, ou o do beneficiário dependente em caso de exclusão do plano, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Contrato.

105. Ocorrendo perda, extravio, ou danificação do cartão de identificação, a **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato imediatamente ao **ANA COSTA SAÚDE**, para o devido bloqueio, sob pena de responder pelas despesas originadas de seu uso indevido por terceiros estranhos ao plano.

106. Se houver inexatidão ou omissões nas declarações prestadas pelo **CONTRATANTE** e/ou por seus dependentes, os mesmos não terão direito à garantia de cobertura dos procedimentos respectivos, e/ou direito a reembolso a qualquer título ou indenização, por despesas relativas a procedimentos indevidamente utilizados ou realizados.

107. Quando ocorrerem mudanças nas condições pactuadas neste contrato, as mesmas deverão ser feitas por escrito, sendo necessária a anuência das partes, salvo aquelas mudanças relacionadas diretamente aos critérios estruturais das garantias de coberturas oferecidas, que são de competência exclusiva da **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**.

108. Nas situações em que o pedido para a garantia de cobertura do procedimento se efetivar por médico particular, o **ANA COSTA SAÚDE** reserva-se o direito de discutir e analisar a situação do paciente segundo normas e técnicas de auditoria médica.

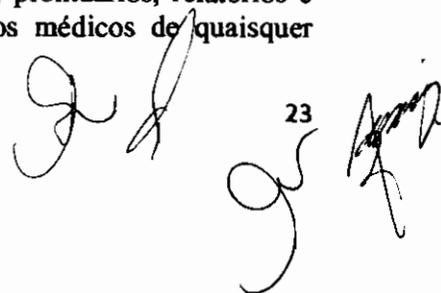
109. As declarações prestadas pelo **CONTRATANTE**, na Proposta Comercial de Contratação Coletiva ou em qualquer outro documento relacionado com este contrato, serão parte integrante deste instrumento, ficando o **ANA COSTA SAÚDE**, autorizada a utilizá-las a qualquer tempo, desde que necessárias, sem que a utilização implique em ofensas ao sigilo profissional.

110. Qualquer concessão que vier a ser praticada pelo **ANA COSTA SAÚDE**, no tocante à cobertura dos custos de assistência médico-hospitalar, objeto do presente contrato, não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelos **BENEFICIÁRIOS**.

111. Não se admitirá a presunção de que as partes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente do Contrato, de seus anexos e da legislação pertinente ou de quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

112. O **ANA COSTA SAÚDE** poderá, a qualquer tempo, manter, alterar ou criar controles, sistemas, métodos e rotinas administrativas ou assistenciais, visando a manutenção do equilíbrio técnico e financeiro da Carteira de Beneficiários frente à demanda e sinistralidade, sem prejuízo aos mesmos e de acordo com a legislação vigente.

113. A **CONTRATANTE** e seus beneficiários autorizam, desde já, sem quaisquer restrições, o acesso dos médicos do **ANA COSTA SAÚDE** às informações clínicas, prontuários, relatórios e resultados de exames dos beneficiários do presente Contrato, junto aos médicos de quaisquer


23



entidades públicas ou privadas de saúde, isentando-os, assim, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

114. A posse dos documentos, por parte do beneficiário da CONTRATANTE, por si só, não lhes confere o direito às coberturas contratadas. O direito à utilização das coberturas será aquele estabelecido no Contrato.

115. Constituem-se documentos da contratação: as Condições Gerais do Contrato, o Contrato propriamente dito, os Aditivos Contratuais, a Proposta Comercial de Contratação Coletiva, as Declarações de Saúde, Tabela de Reembolso, os Termos de Responsabilidade, os Cartões de Identificação, o Indicador Médico, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC. Qualquer alteração nesses documentos, só será válida se feita por escrito e com concordância da CONTRATANTE e do ANA COSTA SAÚDE.

XXIII- DO FORO DE ELEIÇÃO

116. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões, oriundas do presente contrato.

Santos, 26 de agosto de 2015.

**OPERADORA
PLANO DE SAÚDE ANA COSTA LTDA.**

Silmara dos Santos Tavares Luiz
Diretora

Eduardo de Oliveira
Diretor

**CONTRATANTE
CÂMARA MUNICIPAL DE BERTIOGA**

Ver. Luís Henrique Capellini
Presidente

Testemunhas :

Nome :
RG.

Jean Carlo Muniz
24.957.008-7

Nome:
RG.

Ana Paula Amaral
20.763.264-9