



Câmara Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

Rua J. S. Martins, 538 - Fones/Fax: (18) 3354-1156 - 3354-1164 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP
www.camaraplatina.sp.gov.br - e-mail: camaramunicipal@camaraplatina.sp.gov.br

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 3/2020.

"Autoriza o Legislativo Municipal de Platina, Estado de São Paulo, a contratar Plano de Saúde e dá outras providências".

Aprovado em 05/02/2020
na 20ª Sessão EXTRA
por *[assinatura]*
Presidente da C.M.

A Mesa da Câmara Municipal de Platina, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, Faz saber que a Câmara Municipal APROVA e o Prefeito Municipal SANCIONA E PROMULGA a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º Fica o Legislativo Municipal de Platina, autorizado a contratar Plano de Saúde para os seus Servidores Públicos efetivos, comissionados, Pensionistas e Agentes Políticos, bem como para seus dependentes, com a empresa Unimed de Assis - Cooperativa de Trabalho Médico, CNPJ: 54.991.211/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: 30.071-3 – Cooperativa Médica, endereço: Av.ª Antônio Fontana, nº 1997, Vila Claudia, Cep: 19.815-340, Assis, Estado de São Paulo, conforme minuta do contrato em anexo, permitindo eventuais aditivos que se fizerem necessários.

§ Único - O contrato referente aos Agentes Políticos deverá obedecer o período Legislativo ou até quando perdurar seu mandato.

Art. 2º O plano de saúde do Legislativo Municipal de Platina será definido através de contrato com a empresa de prestação de serviços técnicos profissionais especializados citados no art. 1º.

§ Único – O plano de saúde do Legislativo Municipal de Platina oferecido aos seus servidores deverá compreender ações preventivas e curativas necessárias a proteção e manutenção da saúde dos servidores, que serão prestadas através de consultas médicas, atendimento emergencial, ambulatorial, cirúrgico, exames, internação e tratamento



Câmara Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

Rua J. S. Martins, 538 - Fones/Fax: (18) 3354-1156 - 3354-1164 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP
www.camaraplatina.sp.gov.br - e-mail: camaramunicipal@camaraplatina.sp.gov.br

de doenças congênitas de forma direta ou através de terceiros credenciados pelo prestador de serviços quando for o caso, sempre em conformidade com o que preceitua a lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas alterações, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e suas alterações posteriores, bem como de acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 3º Participam do plano de saúde contratado pelo Legislativo Municipal de Platina, na forma desta Lei como beneficiários, os seus servidores públicos efetivos, comissionados, Pensionistas e Agentes Políticos e seus dependentes, e como prestadores de serviços fica a empresa Unimed Assis - Cooperativa de Trabalho Médico, CNPJ: 54.991.211/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: 30.071-3 – Cooperativa Médica, endereço: Av.ª Antônio Fontana, nº 1997, Vila Claudia, Cep: 19.815-340, Assis, Estado de São Paulo.

§ 1º Fica autorizado, ainda, a adesão dos servidores públicos efetivos, comissionados, Pensionistas e Agentes Políticos e seus dependentes, ao plano de saúde referido nesta Lei, mediante desconto obrigatório em folha de pagamento e sem qualquer custo para a Câmara Municipal de Platina.

§ 2º A adesão ao plano de saúde a ser contratado pela Câmara Municipal de Platina é facultativa.

§ 3º A operadora do plano de saúde contratada poderá oferecer aos beneficiários serviços adicionais não incluídos no plano contratado, que poderão ser aceitos individualmente pelos mesmos, mediante pagamento das despesas referentes aos serviços adicionais.



Câmara Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

Rua J. S. Martins, 538 - Fones/Fax: (18) 3354-1156 - 3354-1164 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP
www.camaraplatina.sp.gov.br - e-mail: camaramunicipal@camaraplatina.sp.gov.br

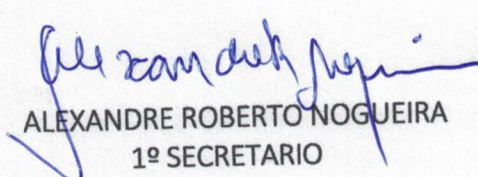
Art. 4º As despesas decorrentes desta Lei Complementar correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, ficando o Poder Legislativo autorizado a abrir créditos suplementares se e quando necessários.

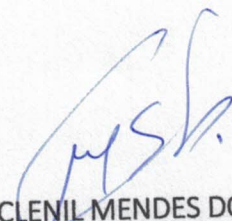
Art. 5º Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

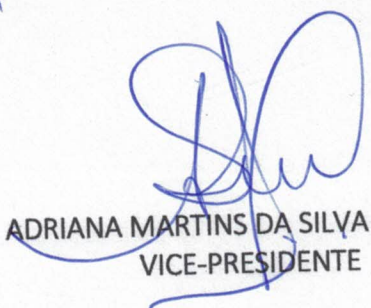
Art. 6º Revogam-se as disposições em contrário.

Sala das Sessões, Plenário "Vereador Ataliba Nogueira de Souza", 4 de fevereiro de 2020.


JOACIR BENEDITO CARRO
PRESIDENTE


ALEXANDRE ROBERTO NOGUEIRA
1º SECRETARIO


CLENIL MENDES DOS SANTOS
2º SECRETARIO


ADRIANA MARTINS DA SILVA MARTINS
VICE-PRESIDENTE



Câmara Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

Rua J. S. Martins, 538 - Fones/Fax: (18) 3354-1156 - 3354-1164 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP
www.camaraplatina.sp.gov.br - e-mail: camaramunicipal@camaraplatina.sp.gov.br

EXCELENTÍSSIMOS SENHORES VEREADORES,

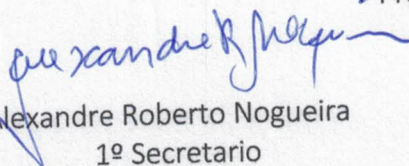
O Projeto de Lei Complementar visa disponibilizar de forma facultativa a adesão ao Plano de Saúde o qual prestará serviços de atendimento médico ambulatorial, hospitalar com obstetrícia aos servidores públicos efetivos, comissionados, pensionistas e agentes políticos, por meio de contrato com a empresa UNIMED de Assis – Cooperativa de Trabalho Médico.

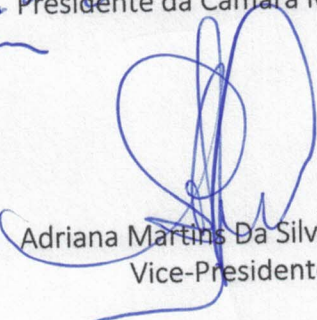
Considerando que o Plano beneficia não somente o empregado, como também ao empregador que disponibiliza meios de tratamentos ao servidor, aumentando a proteção à saúde, diminuindo riscos de acidentes e doenças de trabalho, consequentemente gerando uma maior produção nas atividades diárias do servidor.

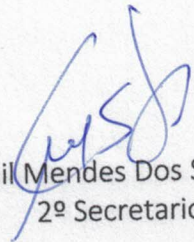
Assim, encaminhamos o Projeto de Lei Complementar para a Sessão Extraordinária, em razão do curto tempo para adesão do contrato atual em questão, esperando que ele seja discutido de forma democrática e aprovado na sua integralidade, para que possa produzir seus efeitos legais.

Atenciosamente,


Joacir Benedito Carro
Presidente da Câmara Municipal


Alexandre Roberto Nogueira
1º Secretário


Adriana Martins Da Silva Martins
Vice-Presidente


Clenil Mendes Dos Santos
2º Secretário



www.unimedassis.coop.br
Av. Walter Antônio Fontana, 1997
19815-340 - Vila Cláudia - Assis - SP
T. (18) 3302-3000



CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

A) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão social: Unimed de Assis - Cooperativa de Trabalho Médico.

Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ: 54.991.211/0001-62

Registro da operadora na ANS: 30.071-3

Classificação da operadora na ANS: cooperativa médica.

Endereço completo: Avenida Walter Antônio Fontana, nº 1997, Vila Claudia, CEP 19.815-340, Assis, Estado de São Paulo.

B) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social:

Nome fantasia:

Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ:

Endereço: , nº , bairro , CEP , cidade , Estado . Contato () . E-mail:

C) NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome Comercial: UnimedFlex A43 - Coletivo Empresarial Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Co-Participação.

Número de registro ANS: 479.837/18-6

D) TIPO DE CONTRATAÇÃO

O presente contrato caracteriza-se pela contratação de plano privado de assistência à saúde do tipo coletivo empresarial, considerado aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (servidor público).

E) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como ambulatorial, hospitalar com obstetrícia.

F) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência dos serviços eletivos e urgência/emergência ora contratados é caracterizada como grupo de municípios, compreendendo as cidades de Assis, Borá, Cândido Mota, Cruzália, Florínea, Ibirarema, Lutécia, Maracaí, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Quatá e Taramã.

G) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 300713

A área de atuação do presente contrato, para fins de comercialização e operacionalização, é classificada como grupo de municípios, compreendendo as cidades de Assis, Cândido Mota, Cruzália, Florínea, Lutécia, Maracáí, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Quatá e Tarumã.

H) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva (enfermaria).

I) FORMAÇÃO DO PREÇO

A formação de preço do presente contrato é pré-estabelecido, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

J) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

O presente contrato não prevê serviços e coberturas adicionais.

TEMA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Cláusula 1ª. Na condição de sociedade cooperativa, caracterizada como instrumento de contratação dos profissionais cooperados, qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, a **CONTRATADA** prestará continuamente serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, por meio dos profissionais cooperados e de hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios e/ou credenciados, visando à assistência médica hospitalar, na segmentação ambulatorial hospitalar com obstetrícia, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

2

Cláusula 2ª. Trata de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

TEMA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Cláusula 3ª. É considerado beneficiário titular:

- I - Os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - Os administradores da pessoa jurídica contratante;
- III - Os agentes políticos;
- IV - Os empregados, ativos ou inativos, celetista ou estatutária, vinculado a pessoa jurídica CONTRATANTE;
- V - Os trabalhadores temporários; e

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente



www.unimedassis.coop.br
Av. Wlatter Antônio Fontana, 1997
19815-340 - Vila Cláudia - Assis - SP
T. (18) 3302-3000



VI - Os estagiários e menores aprendizes.

Cláusula 4ª. Serão considerados beneficiários dependentes:

- I - O cônjuge;
- II - O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- III - Os filhos e enteados, ambos com até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- IV - Os tutelados e os menores sob guarda.

Cláusula 5ª. O **CONTRATANTE** é responsável por fornecer à **CONTRATADA** a relação dos beneficiários titulares e dependentes que serão inscritos no contrato, responsabilizando-se pela comprovação da condição de titularidade e/ou dependência dos inscritos.

Cláusula 6ª. A inclusão e manutenção dos beneficiários dependentes dependerá da participação do beneficiário titular.

Cláusula 7ª. A movimentação cadastral de beneficiários promovida pela pessoa jurídica contratante, prevendo inclusões e exclusões, será realizada até o dia () de cada mês, para vigorar a partir do primeiro dia útil do mês subsequente.

Parágrafo 1º Nos casos de exclusão, quando o pedido da **CONTRATANTE** for a pedido do beneficiário titular, a exclusão será imediata, assim que a operadora tomar conhecimento.

Cláusula 8ª. Quando a data de movimentação cadastral coincidir com sábado, domingo ou feriado, sua apresentação deverá ser antecipada para o dia útil anterior, para que possam as alterações ter vigência a partir do mês subsequente, na forma do item anterior.

Parágrafo 1º. Por se tratar de um contrato em pré-pagamento, em caso de exclusões posteriores à data limite prevista, será gerada a cobrança integral da contraprestação referente ao beneficiário cuja exclusão foi requerida referente ao mês subsequente, sendo-lhe assegurada a cobertura contratual até o fim do mesmo mês, exceto quando a exclusão for solicitada diretamente pelo beneficiário titular.

Cláusula 9ª. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário titular, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se o seguinte:

- a) A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
- b) O direito à inscrição independe de o parto ter sido coberto pela **CONTRATADA**; e

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 300713



www.unimedassis.coop.br
Av. Wlaler Antônio Fontana, 1997
19815-340 - Vila Cláudia - Assis - SP
T. (18) 3302-3000



c) O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

Cláusula 10ª. O recém-nascido sob guarda ou tutela do beneficiário titular pode ser inscrito no plano pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda.

Cláusula 11ª. Em se tratando de contrato comercializado para empresário individual, no momento da contratação a **CONTRATANTE** deverá apresentar à **CONTRATADA** os documentos que demonstrem sua constituição há, no mínimo, 6 (seis) meses, assim como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal.

Parágrafo 1º. Quando da inclusão do beneficiário, a **CONTRATANTE** deverá apresentar documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a **CONTRATANTE**.

Cláusula 12ª. Caberá a Operadora de Plano de Assistência à Saúde exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário, estipula-se como mínimo de usuários estabelecidos para manutenção deste contrato, o total de 03 (três) beneficiários.

Parágrafo 1º - Para os casos de contratação de Microempreendedor Individual (MEI) não há quantidade mínima de usuários.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Cláusula 13ª. A prestação da assistência médica ora contratada assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art.10 "caput" da Lei nº 9656/98, oferecendo cobertura assistencial da segmentação ambulatorial hospitalar com obstetrícia, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Cláusula 14ª. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS é taxativo na compreensão dos direitos do beneficiário e encontra-se disponível para livre consulta no site www.ans.gov.br.

Cláusula 15ª. Os atendimentos serão realizados da seguinte forma:

- a) Consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico escolhido, entre os cooperados ou credenciados da **CONTRATADA**, ou nos serviços de urgência e emergências próprios ou contratados;
- b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: os beneficiários serão atendidos nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados da **CONTRATADA**;

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 300713

c) Exames complementares e serviços auxiliares de diagnose e terapia: os beneficiários serão atendidos por meio de rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, mediante solicitação do médico assistente, por meio da guia da **CONTRATADA**.

Cláusula 16ª. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência do contrato, a rede de prestadores de serviços credenciados da **CONTRATADA** e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Cláusula 17ª. Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória 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 de Classe, desde que devidamente credenciados para tanto pela **CONTRATADA**.

Cláusula 18ª. Os procedimentos com cobertura contratual relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento poderão ser executados pelos profissionais de saúde, nos termos da cláusula anterior, desde que solicitados pelo médico assistente ou pelo cirurgião dentista.

Parágrafo 1º. Para o disposto no item imediatamente acima, o cirurgião dentista somente poderá solicitar ou executar procedimentos previstos nas segmentações ambulatorial hospitalar com obstetrícia, com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, ao tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico, conforme legislação específica sobre sua profissão e regulamentação de seu respectivo Conselho de Classe, sem prejuízo das regras de credenciamento estabelecida pela **CONTRATADA** e mantida ainda a exclusão dos procedimentos previstos na segmentação odontológica do Rol de Procedimentos Eventos em Saúde da ANS.

Cláusula. 19ª. A **CONTRATADA** garantirá cobertura das ações de planejamento familiar previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Cláusula 20ª. Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica,

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

respeitando-se os critérios de credenciamento entre a **CONTRATADA** e prestadores de serviços de saúde.

Cláusula 21ª. 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. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, previstos no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde vigente à época do evento estão obrigatoriamente cobertos.

Cláusula 22ª. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, terão cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Cláusula 23ª. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

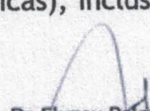
Cláusula 24ª. A **CONTRATADA** garantirá cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

Parágrafo 1º. Para fins de cobertura obrigatória, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde.

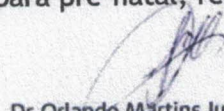
Cláusula 25ª. A segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

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

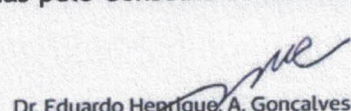
FO CCE-0024
Revisão: 7



Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente



Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente



Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- d) cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nas Diretrizes de Utilização (DUT);
- e) cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização (DUT), que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- f) 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;
- g) cobertura das ações de planejamento familiar listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- h) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme previsto neste instrumento, no tema específico;
- i) 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 ou pela necessidade de internação;
- j) cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD) listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- k) 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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;
- l) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

l.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI); e

l.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente;

m) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

n) 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 e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

o) cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

p) cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas na segmentação ambulatorial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Cláusula 26ª. A segmentação hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

b) cobertura de hospital-dia (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) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;

c) cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

c.1) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;

c.2) medicamentos utilizados durante a internação;

c.3) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas

da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

c.4) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

d) cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

d.1) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

d.2) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

e) cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

f) cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

f.1) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

f.2) idosos a partir dos 60 anos de idade; e

f.3) pessoas com deficiência.

g) cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, para a segmentação hospitalar, 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;

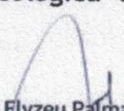
h) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

i) cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

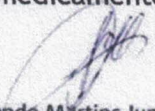
i.1) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

i.2) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

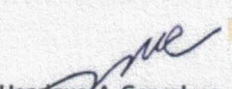
FO CCE-0024
Revisão: 7



Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente



Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente



Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

- i.3) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- i.4) hemoterapia;
- i.5) nutrição parenteral ou enteral;
- i.6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde;
- i.7) embolizações listadas no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde;
- i.8) radiologia intervencionista;
- i.9) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i.10) procedimento de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde;
- i.11) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Cláusula 27ª. A segmentação obstetrícia compreende os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

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

a.1) pré-parto;

a.2) parto; e

a.3) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

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

c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, 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.

d) para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, respeitados os critérios de cooperamento, credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços em saúde.

TEMA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Cláusula 28ª. FICA EXPRESSAMENTE AJUSTADO ENTRE AS PARTES QUE A CONTRATADA NÃO SE RESPONSABILIZARÁ:

I) PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE QUALQUER TIPO DE INTERNAÇÃO, TAXAS, PROCEDIMENTOS, EXAMES, MATERIAIS, HONORÁRIOS PROFISSIONAIS E MEDICAMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

II) PELO TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É, AQUELE QUE:

II.1) EMPREGA MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA A SAÚDE OU TÉCNICAS NÃO REGISTRADOS/NÃO REGULARIZADOS NO PAÍS PELOS ORGÃOS COMPETENTES;

II.2) É CONSIDERADO EXPERIMENTAL PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO); OU

II.3) NÃO POSSUI AS INDICAÇÕES DESCRITAS NA BULA/MANUAL REGISTRADO NA ANVISA (USO OFF-LABEL).

III) POR 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.

IV) POR INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, ENTENDIDA COMO TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE INCLUI A MANIPULAÇÃO DE OÓCITOS E ESPERMA PARA ALCANÇAR A FERTILIZAÇÃO, POR MEIO DE INJEÇÕES DE ESPERMA INTRACITOPLASMÁTICAS, TRANSFERÊNCIA INTRAFALOPIANA DE GAMETA, DOAÇÃO DE OÓCITOS, INDUÇÃO DA OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓSTUMA, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DO ZIGOTO, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS.

V) PELO TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA, ASSIM COMO EM SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS.

VI) PELO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA.

VII) PELO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE, COM EXCEÇÃO DOS MEDICAMENTOS PREVISTOS NA CLÁUSULA DE COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

VIII) PELO FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO OU COM FINALIDADE ESTÉTICA;

IX) PELOS TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES.

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

- X) PELOS CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE.
- XI) PELOS ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.
- XII) MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO PARA CASOS DE TRANSPLANTES;
- XIII) EXAMES PARA UTILIZAÇÃO DE PISCINAS EM CLUBES ESPORTIVOS, GINÁSTICAS E PRÁTICAS ESPORTIVAS;
- XIV) CIRURGIA REFRACTIVA (CORRETIVA), INDEPENDENTEMENTE DA TÉCNICA A SER UTILIZADA PARA MIOPIA MODERADA E GRAVE, DE GRAUS ENTRE MENOR QUE 5,0 (CINCO) E MAIOR QUE 10 (DEZ) OU SEM ASTIGMATISMO MAIOR QUE 4,0 (QUATRO) OU HIPERMETROPIA MAIOR QUE 6,0 (SEIS) COM OU SEM ASTIGMATISMO MAIOR QUE 4,0 (QUATRO);
- XV) PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AO SEGMENTO DE EVENTOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA, COMO INTERNAÇÃO EM LEITO DE TERAPIA INTENSIVA APÓS TRANSPLANTE NÃO COBERTO, CONSIDERANDO QUE NÃO SÃO CONSIDERADOS TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES, MAS PARTE INTEGRANTE DO PROCEDIMENTO INICIAL;
- XVI) VACINAS;
- XVII) PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DE QUALQUER NATUREZA, EXCETO A CIRURGIA BUCO-MAXILOFACIAL REFERIDA NA CLÁUSULA DE COBERTURAS E OUTROS PROCEDIMENTOS DESTA NATUREZA PRESENTES NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS E SUAS ATUALIZAÇÕES;
- XVIII) ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALAR E SIMILAR;
- XIX) ESCLEROTERAPIA DE VARIZES
- XX) AVIAMENTO DE ÓCULOS, GESSO SINTÉTICO, APARELHOS ORTOPÉDICOS, APARELHOS DE SURDEZ, APARELHO DESTINADO A REABILITAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DE FUNÇÃO;
- XXI) PELOS PROCEDIMENTOS NÃO ENQUADRADOS NOS CRITÉRIOS DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT) ESTABELECIDAS PELA ANS.
- XXII) PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR.
- XXIII) POR QUAISQUER SERVIÇOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DESTE CONTRATO.
- XXIV) INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE.
- XXV) CIRURGIA PARA MUDANÇA DE SEXO;
- XXVI) TRANSPLANTES NÃO PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTO E EVENTOS EM SAÚDES VIGENTE A ÉPOCA DO EVENTO;
- XXVII) REMOÇÃO DOMICILIAR;

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

XXVIII) ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR;
XXIX) DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS, COMO: LIGAÇÕES TELEFÔNICAS, LAVAGEM DE ROUPAS, DIETAS OU PRODUTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL; PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, APARELHO DE TELEVISÃO, AR-CONDICIONADO, FRIGOBAR, ESTACIONAMENTO OU OUTRAS DESPESAS QUE EXCEDAM O LIMITE E OBJETO DESTE CONTRATO.

TEMA V - DURAÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 29ª. Este contrato vigorará por um prazo mínimo de 12 (doze) meses, iniciando-se sua vigência na data de sua assinatura.

Cláusula 30ª. Após o período mínimo de vigência, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

Cláusula 31ª. Em se tratando de contrato comercializado para empresário individual, a manutenção deste contrato dependerá da comprovação da regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros órgãos competentes, a qual será aferida a cada aniversário do contrato.

TEMA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

13

Cláusula 32ª. Os períodos de carências passarão a contar a partir da data de inclusão do beneficiário no plano de saúde, salvo os dependentes nascidos na vigência deste contrato e/ou aqueles adotados até 12 (doze) anos, que aproveitarão as carências já cumpridas pelo titular, desde que incluídos em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Cláusula 33ª. OS PERÍODOS DE CARÊNCIA QUE DEVERÃO SER OBSERVADOS PELOS BENEFICIÁRIOS SÃO OS SEGUINTE:

- a) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS PARA OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, OBSERVANDO AS REGRAS PREVISTAS NA CLÁUSULA ESPECÍFICA;
- b) 30 (TRINTA) DIAS PARA CONSULTAS E EXAMES SIMPLES;
- c) 90 (NOVENTA) DIAS PARA FISIOTERAPIA;
- d) 180 (CENTO E OITENTA) DIAS PARA INTERNAÇÃO CLÍNICA, CIRURGICA E UTI;
- e) 180 (CENTO E OITENTA) DIAS PARA EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS;
- f) 180 (CENTO E OITENTA) DIAS PARA SESSÕES DE PSICOLOGIA, NUTRICIONISTA, FONOUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL;
- g) 180 (CENTO E OITENTA) DIAS PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA;

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

h) 300 (TREZENTOS) DIAS PARA PARTO A TERMO.

Cláusula 34ª. Não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência para o beneficiário que ingressar no plano de saúde quando o contrato apresentar número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que a formalização do pedido de ingresso no plano seja feita em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação do interessado à pessoa jurídica contratante.

TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Cláusula 35ª. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Cláusula 36ª. O beneficiário (titular e dependente) deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da declaração de saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

Parágrafo 1º. O beneficiário tem o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

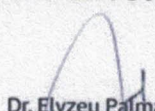
Parágrafo 2º. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

Cláusula 37ª. SENDO CONSTATADA POR PERÍCIA OU NA ENTREVISTA QUALIFICADA OU POR MEIO DE DECLARAÇÃO EXPRESSA DO BENEFICIÁRIO (TITULAR E DEPENDENTE), A EXISTÊNCIA DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE, A CONTRATADA OFERECERÁ A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.

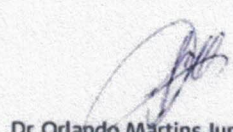
Parágrafo 1º. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) É AQUELA QUE ADMITE, POR UM PERÍODO ININTERRUPTO DE ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) MESES, A PARTIR DA DATA DA CONTRATAÇÃO OU ADESÃO AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, A SUSPENSÃO DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DESDE QUE RELACIONADOS EXCLUSIVAMENTE ÀS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES DECLARADAS PELO BENEFICIÁRIO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL.

Parágrafo 2º. OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE ENCONTRAM-SE ESPECIFICADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE.

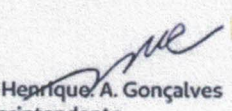
FO CCE-0024
Revisão: 7



Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente



Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente



Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Cláusula 38ª. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário (titular e/ou dependentes), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano de saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS.

I - Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.

II - A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

III - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

IV - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

V - 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 e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.

VI - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

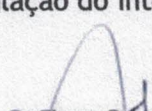
15

Cláusula 39ª. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

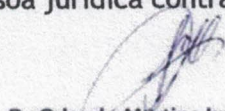
Cláusula 40ª. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Cláusula 41ª. Não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, para o beneficiário que ingressar no plano de saúde quando o contrato apresentar número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que a formalização do pedido de ingresso no plano seja feita em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação do interessado à pessoa jurídica contratante.

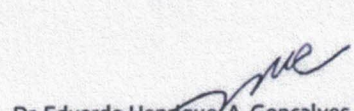
FO CCE-0024
Revisão: 7



Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente



Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente



Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

TEMA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 42ª. Considera-se:

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

Cláusula 43ª. Nos casos de urgência ou emergência o beneficiário poderá obter atendimento diretamente junto aos serviços da **CONTRATADA**, devendo, para tanto, identificar-se como beneficiário, apresentando o cartão de identificação e cédula de identidade ou documento equivalente.

Cláusula 44ª. A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, de acordo com o tipo de atendimento.

Cláusula 45ª. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura ambulatorial limitada à 12 (doze) horas, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

16

Cláusula 46ª. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do ingresso do beneficiário no plano de saúde.

Cláusula 47ª. No que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

- a) caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
- b) caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:
 - b.1) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas em ambulatório;
 - b.2) persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
 - b.3) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura ambulatorial, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora; e

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

b.4) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida ou a pedido do **CONTRATANTE**, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

Cláusula 48ª. Em casos de atendimentos de urgência ou emergência 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 ou decorrentes de doenças ou lesões preexistentes (DLP), a **CONTRATADA** estará obrigada a cobrir o atendimento prestado apenas e tão somente limitado até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento a nível ambulatorial, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

Cláusula 49ª. A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação de beneficiário cumprindo carência ou cobertura parcial temporária.

Cláusula 50ª. Nos casos em que não possa haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e a unidade prestadora do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus.

Cláusula 51ª. Caberá a **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Cláusula 52ª. Na remoção, a **CONTRATADA** 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.

Cláusula 53ª. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula 54ª. 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, quando ocorrer:

I - 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 cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria 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;

IV - de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria 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; e

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

Cláusula 55ª. 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.

Cláusula 56ª. 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:

I - De local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores; ou

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

Cláusula 57ª. O beneficiário terá direito ao reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados da **CONTRATADA**, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da seguinte documentação:

- a) relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) conta hospitalar discriminada, incluindo a prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, relação dos materiais e medicamentos;
- c) recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- d) os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares.
- e) É obrigatório que nos recibos apresentados conste claramente o número do CNPJ de toda e qualquer instituição, assim como o número do registro dos profissionais nos seus respectivos Conselhos Regionais e o CPF de cada um deles.
- f) É obrigatório constar nos recibos o nome do procedimento realizado e o responsável pelo pagamento dos atendimentos.

Cláusula 58ª. O prazo de prescrição para que o beneficiário apresente os documentos acima referidos é de 01 (um) ano contados da data do evento.

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Cláusula 59ª. A CONTRATADA garante que o valor do reembolso nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

TEMA IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Cláusula 60ª. O presente contrato não garante acesso a livre escolha de prestadores.

Cláusula 61ª. Os beneficiários vinculados ao presente contrato de plano de saúde poderão acessar a rede de prestadores vinculados à **CONTRATADA**.

TEMA X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Cláusula 62ª. Os procedimentos solicitados pelo médico assistente passarão por análise administrativa e técnica da **CONTRATADA**.

Cláusula 63ª. Salvo procedimentos caracterizados como urgência e emergência, o beneficiário, para ter direito aos serviços, deverá observar a necessidade da obtenção de autorização prévia mediante a apresentação do seu cartão de identificação.

20

Cláusula 64ª. O presente contrato prevê a cobrança de coparticipação, de acordo com os critérios abaixo.

- a) Consultas e sessões;
- b) Exames simples e complementares; e
- c) Procedimentos ambulatoriais.

Parágrafo 1º. Entende-se como coparticipação a parte efetivamente paga pelo **CONTRATANTE** à operadora, referente à realização do procedimento.

Parágrafo 2º. O valor referente ao percentual da co-participação deverá respeitar as normativas eventualmente promulgadas pela ANS.

Cláusula 65ª. Para fins de atendimento, a **CONTRATADA** expedirá carteira de identificação aos beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências e outros dados necessários para facilitar o atendimento.

Cláusula 66ª. Os serviços e outros atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização prévia da **CONTRATADA**, somente aos beneficiários inscritos, desde que portadores da

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

carteira de identificação e cédula de identidade, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência.

Cláusula 67ª. Nas consultas de rotina, o beneficiário será atendido pelo médico cooperado, no horário normal de consulta, competindo ao beneficiário exercer a livre escolha entre os médicos cooperados da UNIMED de Assis.

Cláusula 68ª. Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

Cláusula 69ª. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA.

Cláusula 70ª. Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

21

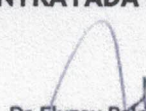
Cláusula 71ª. Nos casos de urgência ou emergência não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este contrato.

Cláusula 72ª. Somente nas situações de urgência e emergência, o beneficiário terá direito à internação imediata, desde que respeitadas as condições de carência e cobertura parcial temporária, devendo providenciar a guia de autorização para internação hospitalar.

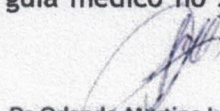
Cláusula 73ª. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora, todavia, a CONTRATADA somente garantirá cobertura integral quando realizados na rede credenciada da operadora.

Cláusula 74ª. A CONTRATADA disponibilizará guia médico no site www.unimed-assis.com.br, onde constarão:

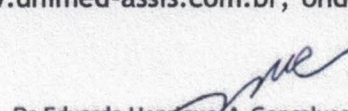
FO CCE-0024
Revisão: 7



Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente



Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente



Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

- a) relação dos médicos cooperados, com indicação de suas especialidades, endereço e telefone de seus consultórios;
- b) relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia;
- c) relação de serviços de urgência/emergência; e
- d) relação dos hospitais contratados e/ou próprios.

Cláusula 75ª. É facultada a substituição pela **CONTRATADA** de entidade hospitalar dela credenciada ou contratada, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor eventualmente cometidas pela entidade hospitalar objeto do descredenciamento.

Cláusula 76ª. Será garantida, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse por meio de junta médica constituída pelo médico solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, sendo que caso haja cobrança de honorários estes devem ser suportados pela **CONTRATADA**.

Cláusula 77ª. Os procedimentos cobertos por este contrato 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, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a **CONTRATADA** e seus prestadores de serviços de saúde.

Cláusula 78ª. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um escritório de autorização na Unimed mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Cláusula 79ª Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

Cláusula 80ª. A **CONTRATADA** garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Cláusula 81ª. A **CONTRATADA** poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, na forma da legislação em vigor.

Cláusula 82ª. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico e através do sítio (www.unimed-assis.com.br). O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do Guia Médico.

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

II - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

III - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **CONTRATADA**, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

IV - Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

V - O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao **CONTRATANTE**.

Cláusula 83ª. Entende-se por Fator Moderador um percentual financeiro ora estipulado entre as partes, com o objetivo de evitar o uso descontrolado do sistema visando garantir o equilíbrio financeiro do contrato e o uso racional e criterioso das coberturas assistenciais por parte dos beneficiários.

Cláusula 84ª. Independente de qualquer condição, cada beneficiário terá direito à obtenção de consultas em número ilimitado e pagará a título de fator moderador 30% (trinta por cento) sobre a tabela da Unimed de Assis para consultas/sessões, exames e procedimentos ambulatoriais.

TEMA XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Cláusula 85ª. O regime de formação do preço do presente contrato é caracterizado como pré-estabelecido, considerando que o valor da contraprestação pecuniária é calculado anteriormente a utilização das coberturas oferecidas.

Cláusula 86ª. As mensalidades deverão ser pagas pelo **CONTRATANTE** até o dia () de cada mês a que se referir, por intermédio de fatura ou documento correspondente, onde estarão registrados os vencimentos.

Cláusula 87ª. A mensalidade será calculada em função da idade de cada beneficiário inscrito, acrescido da coparticipação prevista no item específico.

Cláusula 88ª. Caso o **CONTRATANTE** não receba o boleto de pagamento até 5 (cinco) dias do seu vencimento, o mesmo deverá entrar em contato com a operadora (SAC) ou imprimir a segunda via no site unimed-assis.com.br.

Cláusula 89ª. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

24

Cláusula 90ª. A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** quando o beneficiário necessitar da 2ª (segunda) via do cartão de identificação por perda e/ou extravio o valor de ().

Cláusula 91ª. É vedada à **CONTRATADA** efetuar cobrança diretamente dos beneficiários, salvo nos casos de beneficiários incluídos nos planos de inativos (ex-empregados demitidos e exonerados ou aposentados), conforme cláusula específica.

Cláusula 92ª. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Cláusula 93ª As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Cláusula 94ª. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato em relação aqueles já vinculados no presente.

TEMA XII - REAJUSTE

Cláusula 95ª. Para o cálculo do percentual de reajuste anual, este contrato poderá ou não integrar o agrupamento de contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, conforme a quantidade de beneficiários verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de seu aniversário. Se o contrato contar com 29 (vinte e nove) beneficiários ou menos, será agregado ao agrupamento; se contar com 30 (trinta) beneficiários ou mais, não será agregado ao agrupamento.

Cláusula 96ª. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento, no seu aniversário subsequente.

Cláusula 97ª. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO observará o disposto nesse item.

Parágrafo 1º. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, sempre na data de aniversário do contrato, de acordo com a variação do índice IPC/FIPE Saúde. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos entre o mês de abril a março, imediatamente anterior ao período de aplicação. O período de apuração deve ser o mesmo para todos os contratos coletivos da operadora.

Parágrafo 2º. Período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

Parágrafo 3º. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no parágrafo 1º, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Parágrafo 4º. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

Parágrafo 5º. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) - (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos entre o mês de abril a março do exercício anterior. O período de apuração deve ser o mesmo para todos os contratos.

Parágrafo 6º. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1 \times 100$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Parágrafo 7º. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no parágrafo 3º, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado na cláusula 98, parágrafo 1º.

Parágrafo 8º. Ficarão disponíveis no site da **CONTRATADA** www.unimed-assis.com.br, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Cláusula 98ª. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do CONTRATO NÃO AGREGADO AO AGRUPAMENTO observará o disposto nesse item.

Parágrafo 1º. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice IPC/FIPE Saúde. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 1 (um) mês em relação à data-base de aniversário, considerada este o mês de assinatura de contrato.

Parágrafo 2º. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com mais de 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

Parágrafo 3º. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) - (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos entre o mês de e subsequente.

Parágrafo 4º. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1 \times 100$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expresso em contrato

Parágrafo 5º. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no parágrafo 2º, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no parágrafo 1º e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

Cláusula 99ª. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Cláusula 100ª. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Cláusula 101ª. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Cláusula 102ª. Os reajustes efetuados serão comunicados à ANS, conforme determinado pela legislação em vigor.

TEMA XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 103ª. O valor da mensalidade e a variação do reajuste por mudança de faixa etária observará o quadro abaixo.

Idade	Valor	% Reajuste
00 a 18 anos	R\$ 99,04	0,00%
19 a 23 anos	R\$ 117,23	18,37%
24 a 28 anos	R\$ 133,31	13,72%
29 a 33 anos	R\$ 154,48	15,88%
34 a 38 anos	R\$ 171,82	11,22%
39 a 43 anos	R\$ 206,58	20,23%
44 a 48 anos	R\$ 271,63	31,49%
49 a 53 anos	R\$ 347,16	27,81%
54 a 58 anos	R\$ 417,47	20,25%
59 em diante	R\$ 584,32	39,97%

27

Cláusula 104ª. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da 1ª (primeira) faixa etária.

Cláusula 105ª. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior a variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

Cláusula 106ª. A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.

Cláusula 107ª. O reajuste da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária não se confunde com o reajuste anual aplicado no mês de aniversário do contrato.

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

TEMA XIV - BÔNUS E DESCONTOS

Cláusula 108ª. O presente contrato não oferece bônus e/ou descontos.

TEMA XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Cláusula 109ª. No caso de cancelamento do presente contrato, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar a possibilidade de contratação de plano de saúde do tipo individual/familiar para todos os beneficiários vinculados ao contrato, desde que solicitado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do cancelamento, cabendo à **CONTRATANTE** (empregadora) informar ao empregado sobre tal cancelamento.

Cláusula 110ª. Ocorrendo a rescisão do contrato de trabalho mantido pela **CONTRATANTE** com o beneficiário titular, este e os respectivos beneficiários dependentes serão excluídos do atendimento previsto no presente contrato.

Cláusula 111ª. Nos casos de ex-empregados, demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados, é assegurado ao beneficiário titular o direito à manutenção do plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que tenha contribuído para o plano de saúde quando da vigência de seu contrato laboral.

Parágrafo 1º. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

Cláusula 112ª. O período de manutenção da condição de beneficiário de ex-empregados em razão de demissão/exoneração sem justa causa deverá ser o correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência do ex-empregado no plano mantido pela contratante, desde que tenha havido contribuição, não podendo tal período de permanência do ex-empregado no plano mantido ser inferior a 06 (seis) meses, nem superior a 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de sua opção de permanência.

Cláusula 113ª. Em caso de aposentadoria do beneficiário titular, que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do contratante em razão de vínculo empregatício há pelo menos

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

10 (dez) anos, é assegurado ao beneficiário e aos beneficiários dependentes a ele vinculado o direito à manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, por prazo indeterminado, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

Parágrafo 1º. Ao aposentado que seja contribuinte e esteja incluído em plano coletivo de saúde do contratante em razão de vínculo empregatício por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral.

Cláusula 114ª. Também considera-se contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano de saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.

Cláusula 115ª. Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano de saúde.

29

Cláusula 116ª. O ex-empregado, exonerado/demitido sem justa causa ou aposentado, para ter direito aos benefícios, além de preencher os requisitos necessários para que lhe seja assegurado tal direito, deverá optar expressamente pela manutenção do benefício junto de sua empregadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

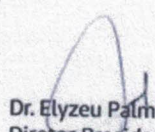
Cláusula 117ª. A garantia de extensão do benefício de que trata este tema é extensivo ao grupo familiar do beneficiário titular exonerado ou demitido sem justa causa, desde que inscritos na vigência do contrato de trabalho.

Cláusula 118ª. Em caso de morte do ex-empregado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes já inscritos no plano de saúde, pelo mesmo período correspondente a que teria direito a permanência o beneficiário titular.

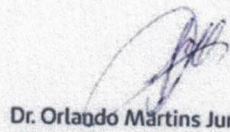
Cláusula 119ª. O Plano do ex-empregado será cancelado quando:

a) decurso do prazo;

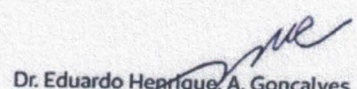
FO CCE-0024
Revisão: 7



Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente



Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente



Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

- b) admissão do beneficiário titular em novo emprego que lhe proporcione acesso a plano de assistência à saúde; e
- c) cancelamento do plano de saúde destinado aos empregados ativos.

Cláusula 120ª. Será admitida a inclusão posterior apenas de novo cônjuge/companheiro e/ou filhos ainda não inscritos, respeitada a idade limite prevista neste instrumento.

Cláusula 121ª. Em se tratando de contrato comercializado para empresário individual, anualmente, na data de aniversário deste contrato, a **CONTRATANTE** deverá apresentar a **CONTRATADA** documentação comprobatória de sua regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade dos beneficiários titulares.

TEMA XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 122ª. Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a exclusão dos beneficiários.

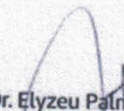
Cláusula 123ª. A **CONTRATADA** somente poderá excluir os beneficiários, sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

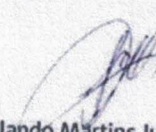
- a) Beneficiário titular:
 - a.1) pela rescisão do presente contrato;
 - a.2) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvado o direito de manutenção na qualidade de inativos (ex-empregados);
- b) fraude praticada pelo beneficiário titular;
- c) a pedido do beneficiário titular.
- d) Beneficiário dependente:
 - d.1) pela perda da condição de dependência prevista neste contrato;
 - d.2) a pedido do beneficiário titular;
 - d.3) fraude praticada pelo beneficiário dependente.

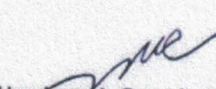
30

TEMA XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO

FO CCE-0024
Revisão: 7


Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente


Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente


Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

Cláusula 124ª. O não pagamento mensal pela **CONTRATANTE**, integral ou parcial, por período superior a 60 (sessenta) dias contados a partir de seu vencimento, ensejará na rescisão ou suspensão do presente contrato, a critério da **CONTRATADA**, mediante prévia comunicação.

Cláusula 125ª. Este contrato poderá, ainda, ser rescindido a qualquer momento, quando:

- a) Caso as partes não cumpram fielmente as suas cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades;
- b) Por conduta fraudulenta da **CONTRATANTE**, seja ela omissiva ou comissiva.

Cláusula 126ª. No caso de rescisão do presente em razão do não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte inadimplente deverá ser responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor das mensalidades remanescentes, de despesas tidas pela **CONTRATADA** decorrentes de eventuais utilizações indevidas e perdas e danos, se caso.

Cláusula 127ª. Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a **CONTRATADA** poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) **CONTRATANTE** pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes.

31

Cláusula 128ª. O presente contrato só poderá ser rescindido imotivadamente após decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, mediante prévia notificação da parte denunciante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Cláusula 129ª. Caso a **CONTRATANTE** rescinda o presente contrato imotivadamente antes de decorridos os primeiros 12 (doze) meses contados de sua assinatura, a **CONTRATANTE** se obriga a pagar a **CONTRATADA**, a título de multa, o valor correspondente a 10% (dez por cento) das mensalidades vincendas até que se complete o prazo de vigência de 12 (doze) meses, utilizando-se como base de cálculo a média ponderada do valor pago a título de mensalidade dos meses cumpridos de contrato no período de vigência.

Cláusula 130ª. Em se tratando de contrato comercializado para empresário individual:

- a) É facultado à **CONTRATADA** suspender ou rescindir o presente contrato, a qualquer tempo, na hipótese de inadimplência das mensalidades e/ou coparticipações, por prazo superior a 30 (trinta)

FO CCE-0024
Revisão: 7

Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente

Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente

Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente

dias, mediante comunicação prévia, que deverá constar o prazo para a quitação das parcelas vencidas, bem como a data da suspensão/rescisão, no caso de não pagamento;

b) Constatada a ilegitimidade da **CONTRATANTE** (não regularidade nos órgãos competentes e Receita federal) o contrato será rescindido, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência. Na comunicação deverá constar que a rescisão será realizada se não for comprovada, no prazo de 60 (sessenta) dias, a regularidade de seu registro nos órgãos competentes;

c) Além das hipóteses previstas nos itens "a" e "b", o presente contrato poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, no mês de aniversário do contrato, nas seguintes hipóteses:

c.1) qualquer das partes infringirem as cláusulas do presente instrumento;

c.2) ausência de beneficiários inscritos no contrato; e

c.3) fraude.

TEMA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 131ª. Fazem parte do presente contrato:

a) A proposta de adesão;

b) A carta de orientação ao beneficiário;

c) A declaração de saúde; e

d) O guia de leitura contratual.

32

TEMA XIX - ELEIÇÃO DE FORO

Cláusula 132ª. Fica eleito o foro da comarca do **CONTRATANTE** para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste contrato, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

Assis, de de .

CONTRATANTE: _____

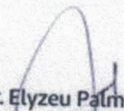
CNPJ: _____

CONTRATADA: _____

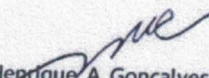
UNIMED DE ASSIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Testemunhas:

FO CCE-0024
Revisão: 7


Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente


Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente


Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente



www.unimedassis.coop.br
Av. Wlaler Antônio Fontana, 1997
19815-340 - Vila Cláudia - Assis - SP
T. (18) 3302-3000

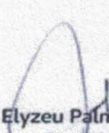
Nome:

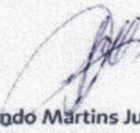
CPF:

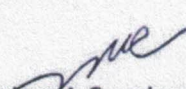
Nome:

CPF:

FO CCE-0024
Revisão: 7


Dr. Elyzeu Palma Boutros
Diretor Presidente


Dr. Orlando Martins Junior
Diretor Vice-Presidente


Dr. Eduardo Henrique A. Gonçalves
Diretor Superintendente



Câmara Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

Rua J. S. Martins, 538 - Fones/Fax: (18) 3354-1156 - 3354-1164 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP
www.camaraplatina.sp.gov.br - e-mail: camaramunicipal@camaraplatina.sp.gov.br

CIRCULAR Nº 2/2020

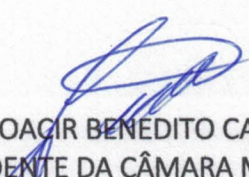
4 de fevereiro de 2020.

Excelentíssimo Senhor Vereador,

Convocamos Vossa Excelência para 20ª SESSÃO EXTRAORDINÁRIA, que se realizará dia 5 DE JANEIRO DE 2020 (QUARTA-FEIRA) às 19 horas, com a seguinte ORDEM DO DIA:

1. ATA DA 19ª SESSÃO EXTRAORDINÁRIA; E,
2. PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 3/2020 - "AUTORIZA O LEGISLATIVO MUNICIPAL DE PLATINA, ESTADO DE SÃO PAULO, A CONTRATAR PLANO DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

Atenciosamente,


JOACIR BENEDITO CARRO
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL



Câmara Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

Rua J. S. Martins, 538 - Fones/Fax: (18) 3354-1156 - 3354-1164 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP
www.camaraplatina.sp.gov.br - e-mail: camaramunicipal@camaraplatina.sp.gov.br

OFÍCIO Nº 6/2020.

Encaminha Autógrafo.

Platina, 6 de fevereiro de 2020.

Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal,

Encaminhamos a Vossa Excelência, cópia do Autógrafo, cujo projeto foi aprovado por unanimidade na 20ª Sessão Extraordinária, realizada em 5 de fevereiro de 2020, abaixo relacionado:

- Autógrafo de Lei Complementar nº 165/2020 – “Autoriza o Legislativo Municipal de Platina, Estado de São Paulo, a contratar Plano de Saúde e dá outras providências”.

Atenciosamente,

JOACIR BENEDITO CARRO

PRESIDENTE DA CAMARA MUNICIPAL

A Sua Excelência o Senhor
Wagner Roberto de Lima
Prefeitura Municipal
Rua João de Souza Martins, 550 – Centro
Platina/SP
CEP: 19990-000



Prefeitura Municipal de
Platina

Nº Protocolo: OF.R.CÂM.-R-4712-06-02-2020

Etiqueta: 6937

Data: 06/02/2020 - 08:17:39

Etiqueta gerada por: João Pedro Martins



Câmara Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

Rua J. S. Martins, 538 - Fones/Fax: (18) 3354-1156 - 3354-1164 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP
www.camaraplatina.sp.gov.br - e-mail: camaramunicipal@camaraplatina.sp.gov.br

AUTÓGRAFO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 165/2020.

"Autoriza o Legislativo Municipal de Platina, Estado de São Paulo, a contratar Plano de Saúde e dá outras providências".

A CÂMARA MUNICIPAL DE PLATINA/SP APROVA:

Art. 1º Fica o Legislativo Municipal de Platina, autorizado a

contratar Plano de Saúde para os seus Servidores Públicos efetivos, comissionados, Pensionistas e Agentes Políticos, bem como para seus dependentes, com a empresa Unimed

de Assis - Cooperativa de Trabalho Médico, CNPJ: 54.991.211/0001-62, registrada na Agência

Nacional de Saúde Suplementar – ANS: 30.071-3 – Cooperativa Médica, endereço: Av.ª

Antônio Fontana, nº 1997, Vila Claudia, Cep: 19.815-340, Assis, Estado de São Paulo, conforme

minuta do contrato em anexo, permitindo eventuais aditivos que se fizerem necessários.

§ Único - O contrato referente aos Agentes Políticos deverá

obedecer o período Legislativo ou até quando perdurar seu mandato.

Art. 2º O plano de saúde do Legislativo Municipal de Platina será

definido através de contrato com a empresa de prestação de serviços técnicos profissionais especializados citados no art. 1º.

§ Único – O plano de saúde do Legislativo Municipal de Platina

oferecido aos seus servidores deverá compreender ações preventivas e curativas necessárias

a proteção e manutenção da saúde dos servidores, que serão prestadas através de consultas

médicas, atendimento emergencial, ambulatorial, cirúrgico, exames, internação e tratamento

de doenças congênitas de forma direta ou através de terceiros credenciados pelo prestador

de serviços quando for o caso, sempre em conformidade com o que preceitua a lei nº 9.656,



Câmara Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

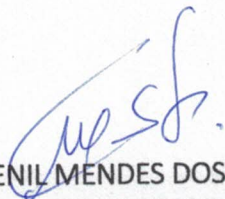
Rua J. S. Martins, 538 - Fones/Fax: (18) 3354-1156 - 3354-1164 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP
www.camaraplatina.sp.gov.br - e-mail: camaramunicipal@camaraplatina.sp.gov.br

Art. 5º Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Revogam-se as disposições em contrário.

Sala das Sessões, Plenário "Vereador Ataliba Nogueira de Souza", 5 de fevereiro de 2020.


JOACIR BENEDITO CARRO
PRESIDENTE


CLENIL MENDES DOS SANTOS
2º SECRETARIO



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90



site: www.platina.sp.gov.br - e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

Rua João de Souza Martins, 550 - Fones: (18) 3354-1171 / 3354-1182 / 3354-1261 / 99632-9019 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP

LEI COMPLEMENTAR Nº 165/2020 DE 06 DE FEVEREIRO DE 2020.

"Autoriza o Legislativo Municipal de Platina, Estado de São Paulo, a contratar Plano de Saúde e dá outras providências".

A CÂMARA MUNICIPAL DE PLATINA/SP APROVA:

Art. 1º Fica o Legislativo Municipal de Platina, autorizado a contratar Plano de Saúde para os seus Servidores Públicos efetivos, comissionados, Pensionistas e Agentes Políticos, bem como para seus dependentes, com a empresa Unimed de Assis - Cooperativa de Trabalho Médico, CNPJ: 54.991.211/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: 30.071-3 – Cooperativa Médica, endereço: Av.ª Antônio Fontana, nº 1997, Vila Claudia, Cep: 19.815-340, Assis, Estado de São Paulo, conforme minuta do contrato em anexo, permitindo eventuais aditivos que se fizerem necessários.

§ Único - O contrato referente aos Agentes Políticos deverá obedecer o período Legislativo ou até quando perdurar seu mandato.

Art. 2º O plano de saúde do Legislativo Municipal de Platina será definido através de contrato com a empresa de prestação de serviços técnicos profissionais especializados citados no art. 1º.

§ Único – O plano de saúde do Legislativo Municipal de Platina oferecido aos seus servidores deverá compreender ações preventivas e curativas necessárias a proteção e manutenção da saúde dos servidores, que serão prestadas através de consultas médicas, atendimento emergencial, ambulatorial, cirúrgico, exames, internação e tratamento de doenças congênitas de forma direta ou através de terceiros credenciados pelo prestador de serviços quando for o caso, sempre em conformidade com o que preceitua a lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas alterações, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e suas alterações posteriores, bem como de acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 3º Participam do plano de saúde contratado pelo Legislativo Municipal de Platina, na forma desta Lei como beneficiários, os seus servidores públicos efetivos, comissionados, Pensionistas e Agentes Políticos e seus dependentes, e como



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO

CNPJ 44.543.999/0001-90

site: www.platina.sp.gov.br - e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br



Rua João de Souza Martins, 550 - Fones: (18) 3354-1171 / 3354-1182 / 3354-1261 / 99632-9019 - CEP 19.990-000 - PLATINA - SP

prestadores de serviços fica a empresa Unimed Assis - Cooperativa de Trabalho Médico, CNPJ: 54.991.211/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: 30.071-3 – Cooperativa Médica, endereço: Av.^a Antônio Fontana, nº 1997, Vila Claudia, Cep: 19.815-340, Assis, Estado de São Paulo.

§ 1º Fica autorizado, ainda, a adesão dos servidores públicos efetivos, comissionados, Pensionistas e Agentes Políticos e seus dependentes, ao plano de saúde referido nesta Lei, mediante desconto obrigatório em folha de pagamento e sem qualquer custo para a Câmara Municipal de Platina.

§ 2º A adesão ao plano de saúde a ser contratado pela Câmara Municipal de Platina é facultativa.

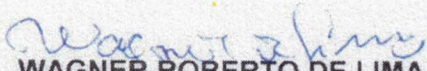
§ 3º A operadora do plano de saúde contratada poderá oferecer aos beneficiários serviços adicionais não incluídos no plano contratado, que poderão ser aceitos individualmente pelos mesmos, mediante pagamento das despesas referentes aos serviços adicionais.

Art. 4º As despesas decorrentes desta Lei Complementar correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, ficando o Poder Legislativo autorizado a abrir créditos suplementares se e quando necessários.

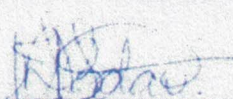
Art. 5º Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Revogam-se as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Platina, 06 de fevereiro de 2020.


WAGNER ROBERTO DE LIMA
Prefeito Municipal

Publicado e registrado na Secretaria da Prefeitura Municipal de Platina, em 06 de fevereiro de 2020.


FLAVIANA RIBEIRO DA SILVA BOTÃO
Diretora de Secretaria