



EDITAL DE LICITAÇÃO
PREGÃO PRESENCIAL Nº 02/2019

(Processo nº 12 - 2019)

DATA DE ABERTURA: 23/08/2019 HORÁRIO: 10h00min

LOCAL: Sala de Reuniões do IPASSP-SM - 3º Andar do Prédio da CACISM,
Rua Venâncio Aires, n.º 2.035, Bairro Centro, CEP 97.010-005.

O Edital estará disponível no site www.ipasspsm.net
Informações: Fone: (55) 3220-0378 das 8h00 às 17h00
E-mail: administrativo@ipasspsm.net

O Instituto de Previdência e Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Municipais de Santa Maria – IPASSP-SM, por meio do Pregoeiro, designado pela Portaria nº 23, de 10/12/2018, torna público para conhecimento dos interessados, que na data, horário e local acima indicado fará licitação na modalidade de **PREGÃO** – forma **PRESENCIAL**, do tipo de **MENOR PREÇO**, conforme descrito neste edital e seus Anexos. O procedimento licitatório obedecerá à Lei nº 10.520/2002, o Decreto Municipal nº 072/2015, e, subsidiariamente, a Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores; e, demais normas pertinentes, em especial, as expedidas pelo Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

1 – DO OBJETO

1.1. O objeto desta licitação é a contratação de operadora de plano de saúde para atendimento aos servidores públicos municipais e seus dependentes, com **abrangência nacional**, no segmento ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, do tipo de acomodação **semiprivativa**, sistema de pré-pagamento, a preço “per capita”, conforme especificado no **Termo de Referência - Anexo VI** e nas **Especificações Técnicas – Anexos VII, VIII, IX e X**.

2 – DAS PARTES INTEGRANTES DO EDITAL (ANEXOS)

Anexo I – Modelo de minuta de contrato;

Anexo II – Modelo de declaração de cumprimento dos requisitos de habilitação (Esta declaração deverá ser apresentada, em separado, antes da abertura dos envelopes);

Anexo III – Modelo de Declaração de enquadramento como ME, EPP ou Cooperativa (Esta declaração deverá ser apresentada, em separado, antes da abertura dos envelopes; ou dentro do envelope da proposta de preços);

Anexo IV – Modelo de Declarações:

- a) Declaração de idoneidade;
- b) Declaração de inexistência de fato impeditivo;
- c) Declaração de cumprimento do art. 27, V, Lei 8.666/93 (que não emprega menor);
- d) Declaração de impedimento participação servidor público, nos termos das vedações previstas no Art. 9º, da Lei nº 8.666/93, ou que a lei proíba;
- e) Declaração de que possuirá, na data de assinatura do contrato, cobertura e custeio de atendimento em rede credenciada, através de um número de credenciados suficiente para atender ao grupo de BENEFICIÁRIOS estimado pelo Município; e
- f) Declaração de que possuirá, na data de assinatura do contrato, instalações, pessoal qualificado, estrutura de suporte para troca de informações (oral e redigida) com o CONTRATANTE/IPASSP-SM, suficientes para atender prontamente as demandas inerentes ao objeto a ser contratado.

Anexo V – Modelo de Proposta de Preços;

Anexo VI - Termo de Referência (Memorial Descritivo);

Anexo VII – Especificações técnicas do Plano Principal - Completo;

Anexo VIII - Especificações técnicas do Plano Principal - Parcial;

Anexo IX - Especificações técnicas do Plano Secundário/Intermediário – Completo;

Anexo X - Especificações técnicas do Plano Secundário/Intermediário – Parcial;

Anexo XI – Modelos de Contrato de Adesão aos Planos de Saúde pelos Beneficiários – Plano Principal Completo;

Anexo XII – Modelos de Contrato de Adesão aos Planos de Saúde pelos Beneficiários – Plano Principal Parcial;

Anexo XIII – Modelos de Contrato de Adesão aos Planos de Saúde pelos Beneficiários – Plano Secundário/Intermediário Completo; e

Anexo XIV – Modelos de Contrato de Adesão aos Planos de Saúde pelos Beneficiários – Plano Secundário/Intermediário Parcial.

3 - DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1. Poderão participar deste Pregão os interessados que:

- a) Atendam a todas as exigências deste Edital, inclusive quanto à documentação constante deste instrumento e seus anexos e que tiverem registro atualizado na Agência Nacional Suplementar - ANS e no Conselho Regional de Medicina – CRM;
- b) Tenham objeto social pertinente e compatível com o objeto licitado.
- 3.2. Não será admitida nesta licitação a participação de interessados:
- a) Declaradas inidôneas por órgão da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, nos últimos 5 (cinco) anos, sem que tenham sido promovidas suas reabilitações perante o órgão em questão;
- b) Sob processo de falência e insolvência civil;
- c) Direta ou Indiretamente suspensas temporariamente de licitar e/ou impedidas de contratar com esta Administração Pública Municipal Direta ou Indireta, nos termos do inciso III do artigo 87 da Lei Federal nº 8.666/93 e nos termos do art. 7º da Lei Federal nº 10.520/02;
- d) Reunidas em consórcio;
- e) Nos termos do art. 9º da Lei Federal nº 8.666/93;
- f) Impedidas de licitar e contratar nos termos do artigo 10 da Lei nº 9.605/98; e
- g) Estrangeiras que não funcionem no País.
- 3.3. Os licitantes deverão ter pleno conhecimento dos termos deste Edital e seus Anexos, sem poder invocar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo da correta formulação da proposta ou do integral cumprimento do contrato, não sendo aceitas reivindicações posteriores sob quaisquer alegações.
- 3.4. Os licitantes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.
- 3.5. A participação neste Pregão importa ao licitante, a irrestrita aceitação das condições estabelecidas no presente Edital e seus anexos, bem como na observância dos regulamentos, normas e técnicas aplicáveis.
- 3.6. O licitante arcará com todos os custos diretos e indiretos para a preparação e apresentação de sua proposta, independentemente do resultado do processo licitatório.
- 3.7. O IPASSP-SM reserva-se o direito de revogar a presente licitação por razões de interesse público ou anulá-la no todo ou em parte, por vício ou ilegalidade, sem que caiba direito indenizatório a quaisquer dos licitantes.

4 - DA REPRESENTAÇÃO E DO CREDENCIAMENTO

- 4.1. O licitante deverá se apresentar para credenciamento junto ao Pregoeiro por um representante que, devidamente munido de documento que o credencie a participar deste procedimento licitatório, venha a responder por sua representada, devendo, ainda, no ato de entrega dos envelopes, identificar-se exibindo a **Carteira de Identidade** ou outro documento equivalente.
- 4.2. O credenciamento far-se-á por meio de instrumento público de **procuração ou instrumento particular**, com poderes para formular ofertas e lances de preços e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame, em nome do licitante. Em sendo sócio, proprietário, dirigente ou assemelhado da empresa licitante, seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em nome da empresa, deverá estar expressamente disposto no Estatuto, Contrato Social ou documento equivalente.
- 4.2.1. A não apresentação de documento que credencie o representante, não desclassificará ou inabilitará a licitante, mas impedirá o seu representante de se manifestar e responder em nome do licitante.
- 4.3. **Apresentar cópia do Estatuto, Contrato Social ou documento equivalente, devidamente autenticado.**
- 4.3.1. Substitui a cópia exigida na habilitação.
- 4.3.2. A não apresentação do contrato social ou documento equivalente, na fase de credenciamento, não desclassificará ou inabilitará a licitante, mas impedirá o seu representante de se manifestar e responder em nome do licitante.
- 4.4. **Apresentar declaração dando ciência de que cumprem plenamente requisitos habilitatórios, conforme Modelo - Anexo II.**
- 4.4.1. A ausência deste documento impede a empresa de participar do certame.
- 4.5. As Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Cooperativas, para assegurar o estabelecido na Lei Complementar nº. 123, de 14 de dezembro de 2006, a qual institui o Estatuto da Microempresa e Empresa de Pequeno Porte, deverão apresentar ao Pregoeiro, no envelope da proposta ou no credenciamento, **Declaração de enquadramento como ME, EPP ou Cooperativa**, devidamente assinada pelo seu **representante contábil**, conforme **Modelo - Anexo III**.

4.5.1. A declaração deverá estar datada dos últimos 180(cento e oitenta) dias anteriores à data da sessão de abertura dos Envelopes, sob pena de não ser aceita.

4.5.2. A certidão fornecida pela Junta Comercial substitui a declaração constante do Anexo III.

4.5.4. Qualquer outro modelo de declaração deverá conter todas as informações constantes do Modelo - Anexo III, sob pena de não ser aceita.

4.5.5. A Microempresa, Empresa de Pequeno Porte e Cooperativa que possuir restrição em qualquer dos documentos de regularidade fiscal, previstos neste Edital, terá sua habilitação condicionada à apresentação de nova documentação, que comprove a sua regularidade em 05 (cinco) dias úteis, a contar da data em que for declarada como vencedora do certame.

4.5.6. O benefício de que trata o item anterior não eximirá a Microempresa, a Empresa de Pequeno Porte e a Cooperativa, da apresentação de todos os documentos, ainda que apresente alguma restrição.

4.5.7. O prazo de que trata o item 4.5.5 poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, a critério da Administração, desde que seja requerido pelo interessado, de forma motivada e durante o transcurso do respectivo prazo.

4.5.8. A não regularização da documentação, no prazo fixado, implicará na decadência do direito à contratação, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para a assinatura do contrato, ou revogar a licitação.

4.5.9. A não apresentação da Declaração de enquadramento como ME, EPP ou Cooperativa, na fase de credenciamento ou no envelope da proposta, não desclassificará ou inabilitará o licitante, mas o impedirá de utilizar os benefícios da respectiva lei.

4.6. Os documentos referentes ao credenciamento/representação (item 4) deverão constar **FORA** dos envelopes da proposta e da documentação, sendo entregues ao Pregoeiro que fará o credenciamento dos participantes.

4.6.1. No momento do **credenciamento**, caso algum dos documentos solicitados esteja dentro do envelope da documentação ou da proposta, o pregoeiro poderá solicitar que o representante presente abra o envelope e retire o documento, lacrando-o logo em seguida.

4.7. É facultado ao licitante o direito de não estar presente na sessão pública de licitação, devendo, nesse caso, enviar a **Declaração dando ciência de que cumpre plenamente os requisitos habilitatórios (Modelo - Anexo II)** fora dos envelopes da Proposta e da Documentação, conforme item 4.4;

4.8. Não será admitido o credenciamento de um mesmo representante para mais de um licitante.

4.9. Após o credenciamento, não caberá desistência das propostas, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pelo pregoeiro.

4.10. Após o horário fixado para a entrega dos envelopes, não mais serão admitidos novos licitantes para fins de credenciamento.

5 - DA APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES

5.1. A reunião para recebimento e para abertura dos envelopes contendo a Proposta de Preços e os documentos de habilitação será pública, no local e horário constantes no início deste edital.

5.2. A Proposta de Preços e os Documentos de Habilitação deverão ser apresentados, impreterivelmente, até o dia, hora e local já fixados no início deste edital, em envelopes distintos, devidamente lacrados.

5.3. Os envelopes deverão conter, em sua parte externa, no mínimo, os dizeres:

RAZÃO SOCIAL DO LICITANTE
ENVELOPE 01 – PROPOSTA DE PREÇOS
PREGÃO PRESENCIAL Nº ___/2019
E-MAIL/FONE

RAZÃO SOCIAL DO LICITANTE
ENVELOPE 02 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO
PREGÃO PRESENCIAL Nº ___/2019
E-MAIL/FONE

5.4. Primeiramente serão abertos os envelopes contendo as Propostas de Preços, sendo feita a sua conferência e posterior rubrica.

6 - DA PROPOSTA DE PREÇOS

6.1. Na Proposta de Preços deverá:

6.1.1. Constar 01(uma) via original, impressa em papel, digitalizada ou datilografada, em língua portuguesa, salvo quanto às expressões técnicas de uso corrente, redigida com clareza, sem emendas, rasuras, acréscimos ou entrelinhas, devidamente datada e assinada pelo representante legal do licitante proponente.

6.1.2. Fazer menção ao número desse Pregão e conter o nome ou razão social do licitante, endereço completo, telefone, fax e endereço eletrônico (e-mail), para contato, bem como: nome, CPF e cargo do representante que firmará contrato com a administração.

6.1.3. Cotar para cada modalidade o preço das faixas etárias **considerando o número de 1 (uma) vida/beneficiário.**

6.1.4. O preço da mensalidade para cada faixa etária das duas modalidades do plano de saúde secundário/intermediário deverá ser, no mínimo, **30% (trinta por cento) inferior** ao preço cotado para as faixas etárias das duas modalidades de plano de saúde principal.

6.1.5. Conter os preços, em moeda corrente nacional (R\$ 0,00), conforme **Anexo V – Proposta de Preços.**

6.1.6. Ter validade **não inferior a 60 (sessenta) dias**, consecutivos, a contar da data de sua apresentação.

6.2. O preço proposto deve incluir todos os custos e despesas direta ou indiretamente necessários ao cumprimento integral das obrigações decorrentes da contratação, inclusive tributários, sociais e trabalhistas, bem como o lucro da empresa de forma que nenhuma outra remuneração seja devida por conta da contratação licitada.

6.3. A simples apresentação da proposta, por si só, independentemente de transcrição, implicará a plena aceitação por parte do licitante de todas as condições deste edital.

6.3. Apresentar quaisquer outras informações afins que julgar necessárias ou convenientes.

7 - DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E DESEMPATE

7.1. Do Julgamento das Propostas:

7.1.1. As Propostas serão julgadas e adjudicadas pelo **MENOR PREÇO GLOBAL**, considerando o somatório das 4 (quatro) modalidades de plano de saúde especificadas no Termo de Referência - **Anexo VI.**

7.1.1.1. O preço total de cada modalidade será o somatório do preço das faixas etárias considerando o número de 1 (uma) vida/beneficiário;

7.1.1.2. Os preços das consultas, os percentuais dos exames e a taxa de internação (plano completo secundário) não serão utilizados para fins de classificação das propostas, devendo apenas respeitar os limites definidos.

7.1.2. Será proclamada pelo Pregoeiro, a proposta de **MENOR PREÇO GLOBAL** e as propostas com oferta até 10% superior àquela ou, as propostas das 03 (três) melhores ofertas, conforme disposto nos incisos VI e VII, do artigo nº 9º, do Decreto Municipal nº 072, de 03 de agosto de 2015.

7.1.3. Aos licitantes proclamados, conforme item 7.1.2, será dada oportunidade para nova disputa, por meio de lances verbais e sucessivos, começando pelo licitante que ofertou o maior valor e os demais em ordem decrescente de valor.

7.1.4. Os lances deverão ser formulados em valores distintos e decrescentes, inferiores à proposta de menor preço.

7.1.5. Não poderá haver desistência dos lances ofertados, sujeitando-se o licitante desistente às penalidades constantes neste Edital.

7.1.6. Após este ato, será encerrada a etapa competitiva e, ordenadas às ofertas, exclusivamente pelo critério de menor preço global.

7.1.7. Com base na classificação a que alude o subitem **7.1.6**, deste item, será assegurada às licitantes microempresas, empresas de pequeno porte e cooperativas preferência à contratação, observadas as seguintes regras:

7.1.7.1. A microempresa, empresa de pequeno porte ou cooperativa, detentora da proposta de menor valor, dentre aquelas cujos valores sejam iguais ou superiores até 5% (cinco por cento) ao valor da proposta melhor classificada, será convocada pelo Pregoeiro, para que apresente preço inferior ao da melhor classificada, no prazo de 5 (cinco) minutos, sob pena de preclusão do direito de preferência;

7.1.8. Não havendo a apresentação de novo preço, inferior ao preço da proposta melhor classificada, serão convocadas para o exercício do direito de preferência, respeitada a ordem de classificação, as demais microempresas, empresas de pequeno porte ou cooperativas, cujos valores das propostas se enquadrem nas condições indicadas no subitem **7.1.7.1**.

7.1.9. Caso a detentora da melhor oferta, de acordo com a classificação de que trata o subitem **7.1.6**, seja microempresa, empresa de pequeno porte ou cooperativa, não será assegurado o direito de preferência, passando-se, desde logo, à negociação do preço.

7.1.10. O Pregoeiro examinará a aceitabilidade quanto ao objeto e o valor da oferta apresentada pelo primeiro classificado, decidindo motivadamente a respeito.

7.1.11. Sendo aceitável a oferta, será verificado o atendimento das condições habilitatórias pelo licitante que a tiver formulado, podendo ser com base nos dados cadastrais municipais, assegurando o direito de atualizar seus dados no ato, ou, conforme documentação apresentada na própria sessão, quando for o caso.

7.1.12. Constatado o atendimento às exigências editalícias, será declarado o licitante vencedor, sendo-lhe adjudicado o objeto pelo Pregoeiro.

7.1.12.1. O licitante vencedor deverá, em até 3 (três) dias úteis, apresentar novas tabelas com o detalhamento dos valores, observando a proporcionalidade de preço entre as faixas etárias dos beneficiários e de acordo com o preço total e final ofertado.

7.1.13. Se a oferta não for aceitável ou se o licitante não atender às exigências editalícias, o Pregoeiro examinará as ofertas subsequentes, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda a todas as exigências, sendo o respectivo licitante declarado vencedor e a ele adjudicando o objeto do certame.

7.1.14. Da reunião lavrar-se-á ata circunstanciada na qual serão registradas as ocorrências relevantes e que, ao final, deverá obrigatoriamente ser assinada pelo Pregoeiro e pelos licitantes presentes, ressaltando-se que poderá constar a assinatura da equipe de apoio, sendo-lhes facultado este direito.

7.1.15. A Proposta será desclassificada caso seja constatado, no curso da análise, descumprimento de requisito obrigatório estabelecido neste Edital e seus Anexos.

7.1.16. Não será considerada qualquer oferta de vantagem não prevista no objeto deste Edital e seus Anexos.

7.2. Do Desempate:

7.2.1. Como critério de desempate, será assegurada preferência de contratação para as Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Cooperativas que comprovarem o respectivo enquadramento, na forma deste edital e da lei.

7.2.2. Entende-se como empate aquelas situações em que as propostas apresentadas pela Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Cooperativas sejam de até 5% (cinco por cento) superior ao melhor preço.

7.2.3. Ocorrendo o empate, na forma do item anterior, proceder-se-á da seguinte forma:

a) A Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Cooperativas mais bem classificada será convocada a apresentar nova proposta no prazo máximo de 05 (cinco) minutos após o encerramento dos lances, sob pena de preclusão;

b) Se a Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Cooperativas, convocada na forma da alínea anterior, não apresentar nova proposta, inferior à de menor preço classificada, será facultada, pela ordem de classificação, às demais Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Cooperativas remanescentes, que comprovarem o respectivo enquadramento, a apresentação de nova proposta, no prazo e na forma prevista na alínea “a” deste item;

c) Se houver duas ou mais Microempresas, Empresas de Pequeno Porte ou Cooperativas com propostas iguais, será realizado sorteio para estabelecer a ordem em que serão convocadas para a apresentação de nova proposta, na forma das alíneas anteriores.

7.2.4. A situação de empate será verificada antes da fase de negociação.

7.2.5. Se nenhuma Microempresas, Empresas de Pequeno Porte ou Cooperativas satisfizer as exigências do item 7.2 deste Edital, será declarado vencedor do certame o licitante detentor da proposta originalmente de menor valor classificada.

7.2.6. O disposto no subitem 7.2.1 deste Edital, não se aplica às hipóteses em que a proposta de menor valor inicial tiver sido apresentada por Microempresas, Empresas de Pequeno Porte ou Cooperativas.

7.2.7. As demais hipóteses de empate terão como critério de desempate o sorteio efetuado em ato público, com a convocação prévia de todos os licitantes.

8 – DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

8.1. Somente poderão participar desta licitação interessados que tiverem registro atualizado na Agência Nacional Suplementar - ANS e no Conselho Regional de Medicina – CRM, a exercer a atividade pertinente ao objeto licitado.

8.2. Para fins de **Habilitação Jurídica** deverá ser apresentado:

8.2.1. Registro comercial, ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado (a cópia apresentada no credenciamento substitui esta exigência).

8.2.1.1. em se tratando de sociedades por ações, acompanhados de documentos de eleição de seus administradores;

8.2.1.2. quando se tratar de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, apresentar Decreto de autorização, e, quando a atividade assim o exigir, ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.

8.2.2. Declaração, sob as penalidades cabíveis, que **não foi declarado inidôneo** para licitar ou contratar com a Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, nos termos do inciso IV, do artigo 87 da Lei nº 8.666/93, e suas alterações. (**Modelo - Anexo IV**)

8.2.3. Declaração, sob as penalidades cabíveis, da **inexistência de fato** que possa impedir sua habilitação neste certame, inclusive na vigência contratual caso venha a ser contratado pelo IPASSP-SM, nos termos do § 2º do artigo 32 da Lei nº 8.666/93. (**Modelo - Anexo IV**)

8.2.4. Declaração, sob as penalidades cabíveis, que não emprega **menores** de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e não emprega menor de dezesseis anos, salvo a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz, nos termos do disposto no **inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666/93**, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999. (**Modelo - Anexo IV**)

8.2.5. Declaração do licitante de que **não possui em seu quadro societário servidor público da ativa, ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista**, nos termos das vedações previstas no Art. 9º, da Lei nº 8.666/93, ou que a lei proíba, conforme (**Modelo - Anexo IV**).

8.3. Para verificação da **Regularidade Fiscal e Trabalhista** deverá ser apresentada:

8.3.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – **CNPJ**.

8.3.2. Prova de regularidade para com a **Fazenda Federal** relativamente a débitos de tributos e contribuições federais e dívida ativa da União (esta certidão engloba a Prova de regularidade para com o INSS).

8.3.3. Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual** – certidão negativa de débito ou positiva com efeitos de negativa – do domicílio ou sede da empresa ou outra equivalente na forma da lei.

8.3.4. Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal** – certidão negativa de débito ou positiva com efeitos de negativa – do domicílio ou sede da empresa ou outra equivalente na forma da lei.

8.3.5. Certificado de regularidade para com o **FGTS**.

8.3.6. Prova de regularidade para com a Justiça do Trabalho, por meio da **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas** – CNDT.

8.4. Para verificação da **Qualificação Econômico-Financeira** deverá ser apresentado:

8.4.1. Apresentar **Certidão negativa de falência, concordata ou recuperação**, expedida pelo distribuidor do foro da comarca da sede da pessoa jurídica.

8.5. Para verificação da **Qualificação Técnica** deverá ser apresentado:

8.5.1. **Certidão ou atestado de capacidade técnica**, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, atestando a anterior execução pelo licitante, de objeto pertinente e compatível com o objeto ora licitado, comprovando, no mínimo, atendimento mensal a 1.000 (mil) BENEFICIÁRIOS pelo período de, no mínimo, 12 (doze) meses.

8.5.1.1. O(s) atestado(s) deverá(ão) estar necessariamente em nome da empresa proponente, em papel timbrado, com a devida identificação e assinatura do responsável, devendo possuir ainda os nomes e telefones dos contatos do emissor;

8.5.1.2. O atestado de capacidade técnica poderá ser objeto de diligência, a critério do IPASSP-SM, para verificação de autenticidade de seu conteúdo;

8.5.1.3. Encontrada divergência entre o especificado nos atestados e o apurado em eventual diligência, além da desclassificação no processo licitatório, o licitante fica sujeito às penalidades cabíveis;

8.5.1.4. Será aceito somatório de atestados para fins de comprovar o atendimento mensal a 1.000 (mil) BENEFICIÁRIOS desde que os atendimentos tenham sido prestados no mesmo período.

8.5.2. Registro válido no Conselho Regional de Medicina/CRM.

8.5.3. Autorização definitiva de funcionamento perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

8.5.4. Registro válido de seus produtos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (para comprovar que o licitante está apto a comercializar os produtos cotados).

8.5.5. Declaração do licitante de que possuirá, na data de assinatura do contrato, **cobertura e custeio de atendimento em rede credenciada**, através de um número de credenciados suficiente para atender ao grupo de BENEFICIÁRIOS estimado pelo Município, conforme (**Modelo - Anexo IV**).

8.5.6. Declaração do licitante de que possuirá, na data de assinatura do contrato, **instalações, pessoal qualificado, estrutura de suporte para troca de informações** (oral e redigida) com o CONTRATANTE/IPASSP-SM, suficientes para atender prontamente as demandas inerentes ao objeto a ser contratado, conforme (**Modelo - Anexo IV**).

8.6. Disposições Gerais da Habilitação:

8.6.1. Os licitantes poderão também apresentar Certificado de Registro Cadastral (CRC), atualizado e expedido pela Prefeitura Municipal de Santa Maria, **em substituição aos documentos exigidos no item 8 deste edital e que constam relacionados no Cadastro de Fornecedores do Município**, assegurado ao já cadastrado o direito de apresentar a documentação atualizada e regularizada na própria sessão.

8.6.1.1. Os documentos de habilitação exigidos neste Edital, que não constarem relacionados no CRC, deverão ser entregues dentro do **Envelope nº 02 - Documentação**.

8.6.2. As licitantes que deixarem de apresentar quaisquer dos documentos exigidos no envelope de Documentação, ou os apresentarem em desacordo com o estabelecido nesse Pregão, ou ainda, com irregularidades, serão inabilitadas, não se admitindo complementação posterior, observados os princípios da proporção e razoabilidade.

8.6.3. Os documentos pertinentes e exigidos neste Edital, dentro do **Envelope nº 02**, deverão, de preferência, ser entregues numerados sequencialmente e na ordem indicada, a fim de permitir maior rapidez durante a conferência e exame correspondente.

9- DA IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO

9.1. Até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para recebimento das propostas, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório do Pregão.

9.1.1. Não serão reconhecidas as impugnações depois de vencidos os respectivos prazos legais.

9.1.2. Em regra, a impugnação deverá ser entregue na Gerência Administrativa do IPASSP-SM, por via postal ou pessoalmente, devendo respeitar, obrigatoriamente, o prazo definido no item 9.1 deste edital.

9.1.3. Quando as impugnações forem enviadas via e-mail (digitalizado com as devidas assinaturas) para o endereço administrativo@ipasspsm.net, os originais deverão ser entregues na Gerência Administrativa do IPASSP-SM, necessariamente, até cinco dias contínuos da data do término do prazo estabelecido no item 9.1 deste edital.

9.1.3.1. O licitante ou pessoa que se utilizar dessa forma de transmissão, torna-se responsável pela qualidade e fidelidade do material transmitido, e por sua entrega neste Órgão.

9.1.4. Caberá o Pregoeiro decidir sobre a petição no prazo de vinte e quatro (24) horas.

10 - DOS RECURSOS

10.1. Declarado o vencedor, **qualquer licitante poderá manifestar imediata e motivadamente a intenção de recorrer**, quando lhe será concedido o prazo de 03 (três) dias para a apresentação das razões de recurso, ficando os demais licitantes desde logo intimados para apresentar as contrarrazões, em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

10.2. **A falta de manifestação imediata e motivada do licitante importará a decadência do direito de recurso e adjudicação do objeto pelo Pregoeiro ao vencedor.**

10.3. Qualquer recurso e impugnação contra a decisão do Pregoeiro não terão efeito suspensivo.

10.4. O acolhimento do recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

10.5. A petição poderá ser feita na própria sessão de recebimento e, se oral, será reduzida a termo em ata.

10.6. Os recursos, **desde que motivados em ata**, deverão ser enviados da mesma forma que as impugnações.

10.7. Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interesses na Gerência Administrativa do IPASSP-SM, situada no 1º andar do Prédio da CACISM, na Rua Venâncio Aires, 2.035, centro, Santa Maria, RS, nos dias úteis no horário de expediente externo.

11 - DA ASSINATURA DO CONTRATO

11.1. Esgotados todos os prazos recursais, a Administração convocará o representante legal do licitante vencedor para, no prazo de 05 (cinco) dias úteis após a homologação, assinar o contrato, sob pena de decair o direito à contratação, nos termos do art. 64, da Lei Federal nº 8.666/93 e sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da mesma Lei.

11.2. Se, dentro do prazo, o licitante convocado não assinar o Contrato, a Administração convocará os licitantes remanescentes na ordem de classificação das propostas, para a assinatura do mesmo; ou então, revogará a licitação, sem prejuízo da aplicação de penalidade.

11.3. No Contrato a ser assinado com o vencedor da licitação constará às cláusulas necessárias previstas no art. 55 e a possibilidade de rescisão do mesmo, na forma determinada nos art. 77, 78 e 79 da Lei Federal nº. 8.666/93.

12 – DOS PRAZO DE EXECUÇÃO

12.1. O início da execução do objeto deverá ocorrer em **1º de outubro de 2019**.

12.1.1. O prazo estabelecido no item 12.1. poderá ser prorrogado, de ofício ou mediante solicitação formal e desde que devidamente justificada, cabendo a este Órgão a avaliação de sua oportunidade e conveniência.

12.2. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses.

13 - DO PAGAMENTO

13.1. As mensalidades dos planos de saúde “pré-pagos, a preço “per capita”, serão realizadas no dia 10 (dez) de cada mês, mediante apresentação das notas fiscais e outros documentos exigidos na execução contratual, cujos valores totais a serem pagos pelo CONTRATANTE corresponderá ao total de beneficiários inscritos até o último dia do mês anterior ao da efetivação do pagamento.

13.1.1. O pagamento mensal será mediante crédito em conta corrente indicada pela CONTRATADA/OPERADORA.

13.2. Para efetivação do pagamento, a CONTRATADA/OPERADORA deverá obrigatoriamente emitir a nota fiscal/fatura em CNPJ idêntico ao da documentação apresentada para habilitação na licitação, a qual deverá ser acompanhada dos comprovantes de regularidade fiscal.

13.3. Caso sejam constatadas irregularidades na documentação apresentada, notadamente quanto ao atendimento dos termos contratuais, do edital de regência e seus anexos, o CONTRATANTE/IPASSP-SM, dentro do prazo para pagamento, comunicará à CONTRATADA/OPERADORA para que proceda com as devidas correções. Neste caso, a documentação será considerada como não entregue e poderá a CONTRATADA/OPERADORA ser considerada em mora. Havendo a devolução da nota fiscal/fatura para correções, o CONTRATANTE/IPASSP-SM não efetuará o pagamento até que sejam efetuadas as devidas correções.

13.4. No caso de recusa da nota fiscal/fatura pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM a CONTRATADA/OPERADORA deverá adequá-la às especificações contratadas, no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da data da comunicação.

13.5. A CONTRATADA/OPERADORA declara que o valor contratado abrange todas as despesas diretas ou indiretas, necessárias à plena execução do objeto do presente contrato, entre elas: administrativas, trabalhistas, encargos sociais, fiscais, taxa de administração, financeiras, lucro, mão-de-obra, seguros contra acidentes pessoais e materiais, multas, taxas, impostos, emissão de apólice, IOF, alimentação, e outras não relacionadas, incidentes sobre o objeto a ser contratado.

13.6. Na hipótese de divergência entre o preço faturado e os controles do CONTRATANTE/IPASSP-SM, o pagamento ficará suspenso até o efetivo esclarecimento do ocorrido, não sendo devidos pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM quaisquer valores a título de multa e/ou atualização monetária.

13.7. No caso de eventual atraso no pagamento por culpa do CONTRATANTE/IPASSP-SM, o valor devido será corrigido pelo IPCA-IBGE, ou pelo índice que vier a substituí-lo, acrescidos de multa de 2% e juros moratórios de 1% ao mês sobre o valor do débito.

14 - DA ORIGEM DOS RECURSOS

14.1. As mensalidades dos planos de saúde objeto da contratação serão custeados pelos próprios servidores, em parcela fixa consignada em folha de pagamento.

15 – DO REAJUSTE E REEQUILÍBRIO DE PREÇOS

15.1. O valor dos planos de saúde contratados será atualizado monetariamente, na menor periodicidade permitida pela legislação em vigor, a qual, nesta data, é de 12 (doze) meses, com base na variação mensal acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo-IPCA/IBGE, calculado pela Fundação Getúlio Vargas, ou de seu substitutivo legal, ou, na sua falta, por qualquer outro índice que reflita a variação monetária no período, a critério do CONTRATANTE/IPASSP-SM.

15.2. Havendo necessidade de revisão por eventos imprevisíveis, caso fortuito ou força maior, com vistas a restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, após a devida comprovação e demonstração analítica dos fatos e dos novos custos pelas partes, a mesma poderá ser feita mediante aditamento contratual.

16 - DAS OBRIGAÇÕES

16.1. Constituem obrigações do CONTRATANTE/IPASSP-SM:

- a) Comunicar à CONTRATADA/OPERADORA novas adesões aos planos de saúde, as quais poderão ser realizadas a qualquer época durante a vigência do contrato, respeitadas a legislação e as normas pertinentes, em especial aquelas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- b) Efetuar a inclusão (adesão) e a exclusão de BENEFICIÁRIO, informando a CONTRATADA/OPERADORA;
- c) Distribuir os cartões/carteiras aos BENEFICIÁRIOS;
- d) Disponibilizar informações acerca dos planos de saúde e esclarecer dúvidas dos BENEFICIÁRIOS;
- e) Designar um funcionário para contato com a CONTRATADA/OPERADORA, visando, em conjunto com os encarregados operacionais da mesma, o acompanhamento da execução contratual e ajustes necessários ao perfeito desempenho das tarefas;
- f) Responsabilizar-se pela comunicação à CONTRATADA/OPERADORA, em tempo hábil, as ocorrências e eventos relacionados ao presente contrato;
- g) Proporcionar todas as facilidades para que a CONTRATADA/OPERADORA possa desempenhar suas obrigações, dentro das normas deste Contrato;
- h) Acompanhar e fiscalizar a execução deste Contrato e efetuar os pagamentos nas condições e preços pactuados;
- i) Repassar à CONTRATADA/OPERADORA os valores referentes às mensalidades dos planos de saúde contratados;
- j) Rejeitar no todo ou em parte, serviços ou fornecimentos executados em desacordo com este Contrato.

16.2. Constituem obrigações da CONTRATADA/OPERADORA:

16.2.1. Fornecer, mensalmente, até o dia 20 do mês subsequente, arquivos informatizados e extratos demonstrativos, de acordo com o formato a ser definido pelas partes, referente à utilização de assistência médica por titulares e dependentes, de forma analítica, sintética e geral, discriminando todos os procedimentos realizados, para fins de gerenciamento interno do IPASSP-SM.

16.2.1.1. Os demonstrativos ou relatórios deveram ser claros, objetivos e detalhados a nível de BENEFICIÁRIO, de forma que todo e qualquer custo possa ser devidamente identificado;

16.2.2. Denunciar ao IPASSP-SM irregularidades praticadas pelos BENEFICIÁRIOS, cabendo igual direito ao IPASSP-SM com relação ao atendimento, a fim de que as partes possam tomar medidas necessárias à sua solução.

16.2.3. Designar preposto, devidamente aprovado pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM, em ato contínuo à assinatura do contrato, para representar a CONTRATADA/OPERADORA na execução do contrato, devendo:

I. Comparecer, sempre que convocada, ao local designado pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM, por meio de pessoa devidamente credenciada, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, para exame e esclarecimentos de quaisquer problemas relacionados com os planos de saúde contratados; e

II. Manter o CONTRATANTE/IPASSP-SM informado de todos os detalhes dos planos de saúde, de acordo com a conveniência deste, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após a consulta.

16.2.4. Administrar o objeto deste contrato, visando compatibilizar e garantir os interesses dos envolvidos, devendo as partes dar conhecimento, uma à outra, de qualquer fato irregular, por comunicação expressa.

16.2.5. Manter sigilo, no que couber, relativamente ao objeto contratado, bem como sobre os dados, documentos, especificações técnicas ou comerciais e demais informações, não tomadas públicas pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM, de que venha a ter conhecimento em virtude desta contratação, bem como a respeito da execução e resultados obtidos nesta contratação após o término do prazo de vigência deste contrato, salvo quando expressamente autorizado pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM.

16.2.6. Responder pelas despesas resultantes de quaisquer atos que ocasionem danos, seja por culpa direta ou de seus empregados ou representantes, obrigando-se, igualmente, pelas responsabilidades decorrentes de ações judiciais promovidas por terceiros, que venham a ser exigidas por força de Lei, ligadas ao cumprimento do Contrato.

16.2.7. Encaminhar ao CONTRATANTE/IPASSP-SM, após a assinatura do contrato, todas as informações, formulários, impressos, documentos e demais itens necessários à utilização e administração do plano de saúde objeto deste contrato.

16.2.8. Atender, na íntegra, as especificações e demais obrigações constantes dos anexos das especificações técnicas das modalidades de planos de saúde e do termo de referência.

16.2.9. Manter, durante a vigência do contrato, a regularidade de todos os documentos de habilitação e contratação.

17 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

17.1. Se o licitante vencedor recusar-se a executar o objeto, injustificadamente, serão convocados os demais licitantes, na ordem de classificação, para fazê-lo, sujeitando-se o licitante desistente às penalidades, sem prejuízo da aplicação de outras cabíveis.

17.2. Na hipótese de descumprimento parcial ou total pelo licitante vencedor das obrigações assumidas, ou a infringência de preceitos legais pertinentes, o IPASSP-SM poderá, garantida a prévia e ampla defesa, aplicar, segundo a gravidade da falta cometida, as seguintes sanções:

I - **Advertência formal**, por intermédio do setor competente, quando ocorrer o descumprimento das exigências editalícias e contratuais que não justifiquem a aplicação de penalidade mais grave;

II - **Multa** equivalente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento) por dia de atraso injustificado ou por inobservância de qualquer obrigação assumida:

- a) O atraso na disponibilização dos planos de saúde sujeitará a CONTRATADA/OPERADORA ao pagamento de multa no percentual acima, por dia de atraso, até o limite máximo de 10% (dez por cento):
 - a.1) após a assinatura do termo contratual: sobre o valor total do contrato, sem prejuízo das demais sanções previstas neste instrumento;
 - a.2) antes da assinatura do termo contratual: sobre o valor total da proposta vencedora, sem prejuízo das demais sanções previstas na legislação pertinente;
- b) A multa poderá ser aplicada cumulativamente com as demais sanções, não terá caráter compensatório, e a sua cobrança não isentará a CONTRATADA/OPERADORA da obrigação de indenizar eventuais perdas e danos;
- c) A multa aplicada a CONTRATADA/OPERADORA e os prejuízos causados ao CONTRATANTE/IPASSP-SM serão deduzidos de qualquer crédito a que tenha direito a CONTRATADA/OPERADORA, cobrados diretamente ou judicialmente.

III - **Multa** de até 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto contratado.

IV - **Suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração**, por período a ser definido na oportunidade, de acordo com a natureza e a gravidade da falta, respeitado o limite legal de 24 (vinte e quatro) meses, sem prejuízo da aplicação de multa, podendo ser aplicada quando:

- a) apresentação de documentos falsos ou falsificados;
- b) recusa injustificada em iniciar ou continuar a disponibilizar os planos de saúde, dentro do prazo estabelecido pelo IPASSP-SM;
- c) reincidência de descumprimento das obrigações assumidas no contrato acarretando prejuízos para o IPASSP-SM, especialmente aquelas relativas à qualidade, quantidade, prazo ou recusa de disponibilização dos planos de saúde, ressalvados os casos fortuitos ou de força maior, devidamente justificados e comprovados;
- d) reincidência na aplicação das penalidades de advertência ou multa;
- e) irregularidades que acarretem prejuízo ao IPASSP-SM, ensejando frustração deste contrato ou impedindo a realização de ato administrativo por parte do IPASSP-SM;
- f) prática de atos ilícitos, demonstrando não possuir idoneidade para licitar e contratar com o IPASSP-SM;
- g) condenação definitiva por praticar fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos.

V - **Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública**, em função da natureza ou gravidade da falta cometida, sem prejuízo de multas incidentes.

18 – DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO DO CONTRATO

- a) o Contrato será rescindido de pleno direito, independente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, nos casos previstos no Edital;
- b) a rescisão unilateral nos termos do item anterior ocorrerá conforme Artigo 78 e seus incisos da Lei nº. 8.666/93;
- c) a inexecução total ou parcial do Contrato por culpa da CONTRATADA/OPERADORA enseja sua rescisão, com as consequências contratuais previstas em Lei de acordo com os artigos 77, 78 e 79 da Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores;
- d) caso o CONTRATANTE/IPASSP-SM não se utilize da prerrogativa de rescindir o Contrato, a seu exclusivo critério, poderá suspender a sua execução, até que a CONTRATADA/OPERADORA cumpra integralmente a condição contratual infringida.

19 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. É facultado o Pregoeiro ou à Autoridade Superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informação que deveria constar originariamente nos envelopes das propostas ou da documentação. Podendo desconsiderar excessos de formalismos que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e a segurança da contratação.

19.2. Todos os documentos emitidos em língua estrangeira deverão ser entregues acompanhados da tradução para língua portuguesa, efetuada por Tradutor Juramentado, e também devidamente consularizados ou registrados no Cartório de Títulos e Documentos. Documentos de procedência estrangeira, mas emitidos em língua portuguesa, também deverão ser apresentados devidamente consularizados ou registrados no Cartório de Títulos e Documentos.

19.3. Os documentos emitidos através da internet não necessitam de autenticação, ficando sujeitos à verificação por parte do pregoeiro.

19.4. Os documentos solicitados neste Edital, preferencialmente, deverão ser emitidos em papéis timbrados dos Órgãos ou das Empresas que os expedirem.

19.5. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos, salvo naqueles casos imprevisíveis ou de força maior (ex. greve).

19.6. Os documentos necessários à habilitação ou à proposta poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por meio de cartório competente ou da Comissão Permanente de Licitação/Pregoeiro do IPASSP-SM, ou publicação em órgão da imprensa oficial ou por cópias, desde que possam ser conferidas com os originais na sessão pública.

19.6.1. Os documentos serão autenticados pela Comissão Permanente de Licitação/Pregoeiro do IPASSP-SM, a partir do original, preferencialmente, até às 13hs do dia anterior que anteceder a data marcada para recebimento e abertura dos envelopes;

19.6.2. Serão aceitas somente cópias legíveis;

19.6.3. Não serão aceitos documentos cujas datas estejam rasuradas; e

19.6.4. O Pregoeiro reserva-se o direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que julgar necessário.

19.7. Todos os documentos apresentados deverão estar:

19.7.1. Em nome da licitante e, preferencialmente, com número do CNPJ e endereço respectivo:

a) se a licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz;

b) se a licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial;

c) serão dispensados da filial aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz;

19.7.2. Datados dos últimos **180 (cento e oitenta) dias** até a data de abertura do **Envelope nº 01**, quando não tiver prazo estabelecido pelo órgão/empresa competente expedidor(a); e:

19.7.2.1. Os documentos que não se enquadram no prazo de que trata este item os documentos que, pela própria natureza, não apresentam prazo de validade.

19.8. O representante legal que assinar documentos pela participante, deverá estar investido de poderes para esse fim e comprovar tal competência caso o Pregoeiro vier a exigir.

19.9. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização de certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local

anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicação do Pregoeiro em contrário.

19.10. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente.

19.11. As **decisões do Pregoeiro** serão comunicadas mediante publicação na Imprensa Oficial do IPASSP-SM, salvo com referência àquelas que puderem ser comunicadas diretamente, mediante ofício, e-mail ou aviso na página web, no endereço www.ipasspsm.net, opção "Licitações".

19.12. Em caso de **dúvidas, informações ou esclarecimentos**, o interessado deverá contatar por escrito, o Pregoeiro, no Rua Venâncio Aires, 2.035, 1º andar, Centro, CEP 97010-005, Santa Maria – RS, ou pelo telefone: (055) 3220-0378, e-mail administrativo@ipasspsm.net, no horário das 8h30 às 16h:

19.12.1. A resposta do Pregoeiro ao pedido de esclarecimento formulado será divulgada mediante publicação de nota na página web do IPASSP-SM, no endereço www.ipasspsm.net, opção "Licitações", cabendo aos interessados acessá-la; ou ainda, por e-mail, cabendo ao interessado confirmar o recebimento do mesmo.

19.12.2. As dúvidas a serem dirimidas por telefone serão somente aquelas de ordem estritamente informal, as demais deverão ser formalizadas através do e-mail: administrativo@ipasspsm.net

19.13. O desatendimento de exigências formais não essenciais, não importará no afastamento do licitante, desde que sejam possíveis as aferições das suas qualificações e as exatas compreensões da sua proposta, durante a realização da sessão pública de pregão.

19.14. As normas que disciplinam este Pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro contrato.

19.15. Aos casos omissos aplicar-se-ão as demais disposições constantes do Decreto Municipal nº 072/2015.

19.16. As questões relativas ao presente Edital, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas no Foro da Comarca de Santa Maria - RS, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

IPASSP-SM, aos sete dias do mês de agosto do ano de 2019.

Eglon do Canto Silva
Diretor-Presidente
IPASSP-SM

ANEXO I

MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS E SEUS DEPENDENTES, QUE CELEBRAM ENTRE SI O IPASSP-SM E _____, CONFORME LICITAÇÃO, MODALIDADE **PREGÃO PRESENCIAL N° ___/2019**.

O Instituto de Previdência e Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Municipais de Santa Maria/RS – IPASSP-SM, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ, sob o número 04.870.834/0001-09, estabelecido à Rua Venâncio Aires, n.º 2.035, bairro Centro, CEP 97010-005, na cidade de Santa Maria –RS, representado neste ato pelo seu seu Diretor-Presidente, Sr. Eglon do Canto Silva, doravante denominado CONTRATANTE/IPASSP-SM, e de outro lado a empresa _____, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º _____, estabelecida a rua _____, n.º _____, Bairro _____, CEP _____, na cidade de _____, doravante denominada CONTRATADA/OPERADORA, neste ato representada pelo Sr. _____, inscrito no Registro Geral sob o n.º _____ e no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º _____, resolvem celebrar o presente contrato para a execução do objeto descrito na Cláusula Primeira, em conformidade com a Lei n.º 10.520/2002, o Decreto Municipal n.º 072/2015, e, subsidiariamente, a Lei n.º 8.666/93 e alterações posteriores; e, demais normas pertinentes, em especial, as expedidas pelo Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como de acordo com as seguintes cláusulas:

CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a contratação de operadora de plano de saúde para atendimento aos servidores públicos municipais e seus dependentes, com **abrangência nacional**, no segmento ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, do tipo de acomodação **semiprivativa**, sistema de pré-pagamento, a preço “per capita”, conforme especificado no **Termo de Referência - Anexo VI** e nas **Especificações Técnicas – Anexos VII, VIII, IX e X**.

§ **ÚNICO** – São partes integrantes do presente contrato:

- a) Edital do Pregão Presencial n.º ___/2019 e seus Anexos, em especial, as demais especificações contidas no **Termo de Referência – Anexo VI** e nas **Especificações Técnicas – Anexos VII, VIII, IX e X**;
- b) Proposta de Preço da CONTRATADA/OPERADORA;
- c) Ata da sessão do certame licitatório; e
- d) Contratos de Adesão – **Anexos XI, XII, XIII e XIV**.

CLAUSULA SEGUNDA – DO PREÇO

Os preços contratados são:

a) PLANO PRINCIPAL:

a.1) PLANO COMPLETO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR, com obstetrícia:

PREÇO DAS COPARTICIPAÇÕES EM CONSULTAS E EXAMES:				
Valor da Consulta eletiva com Clínico Geral/Especialistas (R\$): (não poderá ser superior a R\$ 70,00)				
Valor da Consulta no Pronto Atendimento com Clínico Geral/Especialistas (R\$): (não poderá ser superior a R\$ 35,00)				
Exames Complementares/baixa complexidade (%): (não poderá ser superior a 20%)				
Exames Especiais/alta complexidade (%): (não poderá ser superior a 30%)				
PREÇO DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE PER CAPITA E POR FAIXA ETÁRIA:				
Item	Especificação	Faixa Etária do BENEFICIÁRIO	Nº de Vidas/BENEFICIÁRIOS	Valor mensal do Plano de Saúde por BENEFICIÁRIO (R\$)
1	PLANO COMPLETO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA	De 00 até 18 anos	1	
		De 19 até 23 anos	1	
		De 24 até 28 anos	1	

	De 29 até 33 anos	1	
	De 34 até 38 anos	1	
	De 39 até 43 anos	1	
	De 44 até 48 anos	1	
	De 49 até 53 anos	1	
	De 54 até 58 anos	1	
	Acima de 58 anos	1	
TOTAL – R\$			

a.2) PLANO PARCIAL – AMBULATORIAL:

PREÇO DAS COPARTICIPAÇÕES EM CONSULTAS E EXAMES:				
Valor da consulta eletiva com Clínico Geral/Especialistas (R\$): (não poderá ser superior a R\$ 70,00)				
Valor da consulta no Pronto Atendimento com Clínico Geral/Especialistas (R\$): (não poderá ser superior a R\$ 35,00)				
Exames complementares/baixa complexidade (%): (não poderá ser superior a 20%)				
Exames especiais/alta complexidade (%): (não poderá ser superior a 30%)				
PREÇO DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE PER CAPITA E POR FAIXA ETÁRIA:				
Item	Especificação	Faixa Etária do BENEFICIÁRIO	Nº de Vidas/BENEFICIÁRIOS	Valor mensal do Plano de Saúde por BENEFICIÁRIO (R\$)
1	PLANO PARCIAL - AMBULATORIAL	De 00 até 18 anos	1	
		De 19 até 23 anos	1	
		De 24 até 28 anos	1	
		De 29 até 33 anos	1	
		De 34 até 38 anos	1	
		De 39 até 43 anos	1	
		De 44 até 48 anos	1	
		De 49 até 53 anos	1	
		De 54 até 58 anos	1	
		Acima de 58 anos	1	
TOTAL – R\$				

b) PLANO SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO:

b.1) PLANO COMPLETO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR, com obstetrícia:

PREÇO DAS COPARTICIPAÇÕES EM CONSULTAS E EXAMES:	
Valor da consulta eletiva com Clínico Geral/Especialistas (R\$): (não poderá ser superior a R\$ 50,00)	
Valor da consulta no Pronto Atendimento com Clínico Geral/Especialistas (R\$): (não poderá ser superior a R\$ 25,00)	
Exames complementares/baixa complexidade (%): (não poderá ser superior a 20%)	
Exames especiais/alta complexidade (%): (não poderá ser superior a 30%)	
Taxa de Internação (clínica ou cirúrgica): (não poderá ser superior a R\$ 300,00 por evento)	
PREÇO DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE PER CAPITA E POR FAIXA ETÁRIA:	

Item	Especificação	Faixa Etária do BENEFICIÁRIO	Nº de Vidas/BENEFICIÁRIOS	Valor mensal do Plano de Saúde por BENEFICIÁRIO (R\$)
1	PLANO COMPLETO INTERMEDIÁRIO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA	De 00 até 18 anos	1	
		De 19 até 23 anos	1	
		De 24 até 28 anos	1	
		De 29 até 33 anos	1	
		De 34 até 38 anos	1	
		De 39 até 43 anos	1	
		De 44 até 48 anos	1	
		De 49 até 53 anos	1	
		De 54 até 58 anos	1	
		Acima de 58 anos	1	
TOTAL – R\$				

b.2) PLANO PARCIAL – AMBULATORIAL:

PREÇO DAS COPARTICIPAÇÕES EM CONSULTAS E EXAMES:				
Valor da consulta eletiva com Clínico Geral/Especialistas (R\$): (não poderá ser superior a R\$ 50,00)				
Valor da consulta no Pronto Atendimento com Clínico Geral/Especialistas (R\$): (não poderá ser superior a R\$ 25,00)				
Exames complementares/baixa complexidade (%): (não poderá ser superior a 20%)				
Exames especiais/alta complexidade (%): (não poderá ser superior a 30%)				
PREÇO DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE PER CAPITA E POR FAIXA ETÁRIA:				
Item	Especificação	Faixa Etária do BENEFICIÁRIO	Nº de Vidas/BENEFICIÁRIOS	Valor mensal do Plano de Saúde por BENEFICIÁRIO (R\$)
1	PLANO PARCIAL INTERMEDIÁRIO - AMBULATORIAL	De 00 até 18 anos	1	
		De 19 até 23 anos	1	
		De 24 até 28 anos	1	
		De 29 até 33 anos	1	
		De 34 até 38 anos	1	
		De 39 até 43 anos	1	
		De 44 até 48 anos	1	
		De 49 até 53 anos	1	
		De 54 até 58 anos	1	
		Acima de 58 anos	1	
TOTAL – R\$				

§ ÚNICO – As despesas decorrentes de tributos ou qualquer outro encargo (financeiros, taxas, despesas diretas ou indiretas, etc.) referente ao objeto contratado competem, exclusivamente, à CONTRATADA/OPERADORA.

CLAUSULA TERCEIRA - DO PRAZO DE EXECUÇÃO E VIGÊNCIA DO CONTRATO

O início da execução objeto deverá ocorrer em **1º de outubro de 2019**.

§ 1º – O prazo de início da execução poderá ser prorrogado, de ofício ou mediante solicitação formal e desde que devidamente justificada, cabendo ao CONTRATANTE/IPASSP-SM a avaliação de sua oportunidade e conveniência.

§ 2º – O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA QUARTA – DO PAGAMENTO

As mensalidades dos planos de saúde “pré-pagos, a preço “per capita”, serão realizadas no dia 10 (dez) de cada mês, mediante apresentação das notas fiscais e outros documentos exigidos na execução contratual, cujos valores totais a serem pagos pelo CONTRATANTE corresponderá ao total de beneficiários inscritos até o último dia do mês anterior ao da efetivação do pagamento.

§ 1º – O pagamento mensal será mediante crédito em conta corrente indicada pela CONTRATADA/OPERADORA.

§ 2º – Para efetivação do pagamento, a CONTRATADA/OPERADORA deverá obrigatoriamente emitir a nota fiscal/fatura em CNPJ idêntico ao da documentação apresentada para habilitação na licitação, a qual deverá ser acompanhada dos comprovantes de regularidade fiscal.

§ 3º – Caso sejam constatadas irregularidades na documentação apresentada, notadamente quanto ao atendimento dos termos contratuais, do edital de regência e seus anexos, o CONTRATANTE/IPASSP-SM, dentro do prazo para pagamento, comunicará à CONTRATADA/OPERADORA para que proceda com as devidas correções. Neste caso, a documentação será considerada como não entregue e poderá a CONTRATADA/OPERADORA ser considerada em mora. Havendo a devolução da nota fiscal/fatura para correções, o CONTRATANTE/IPASSP-SM não efetuará o pagamento até que sejam efetuadas as devidas correções.

§ 4º – No caso de recusa da nota fiscal/fatura pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM a CONTRATADA/OPERADORA deverá adequá-la às especificações contratadas, no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da data da comunicação.

§ 5º – A CONTRATADA/OPERADORA declara que o valor contratado abrange todas as despesas diretas ou indiretas, necessárias à plena execução do objeto do presente contrato, entre elas: administrativas, trabalhistas, encargos sociais, fiscais, taxa de administração, financeiras, lucro, mão-de-obra, seguros contra acidentes pessoais e materiais, multas, taxas, impostos, emissão de apólice, IOF, alimentação, e outras não relacionadas, incidentes sobre os planos de saúde.

§ 6º – Na hipótese de divergência entre o preço faturado e os controles do CONTRATANTE/IPASSP-SM, o pagamento ficará suspenso até o efetivo esclarecimento do ocorrido, não sendo devidos pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM quaisquer valores a título de multa e/ou atualização monetária.

§ 7º – No caso de eventual atraso no pagamento por culpa do CONTRATANTE/IPASSP-SM, o valor devido será corrigido pelo IPCA-IBGE, ou pelo índice que vier a substituí-lo, acrescidos de multa de 2% e juros moratórios de 1% ao mês sobre o valor do débito.

CLÁUSULA QUINTA – DA ORIGEM DOS RECURSOS

As mensalidades dos planos de saúde objeto da contratação serão custeados pelos próprios servidores, em parcela fixa consignada em folha de pagamento.

CLÁUSULA SEXTA – DO REAJUSTE E REEQUILÍBRIO DE PREÇOS

O valor contratado será atualizado monetariamente, na menor periodicidade permitida pela legislação em vigor, a qual, nesta data, é de 12 (doze) meses, com base na variação mensal acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo-IPCA/IBGE, calculado pela Fundação Getúlio Vargas, ou de seu substitutivo legal, ou, na sua falta, por qualquer outro índice que reflita a variação monetária no período, a critério do CONTRATANTE/IPASSP-SM.

§ ÚNICO – Havendo necessidade de revisão por eventos imprevisíveis, caso fortuito ou força maior, com vistas a restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, após a devida comprovação e demonstração analítica dos fatos e dos novos custos pelas partes, a mesma poderá ser feita mediante aditamento contratual.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

Não obstante a **CONTRATADA/OPERADORA** seja a única e exclusiva responsável pela execução do objeto contratado, ao **CONTRATANTE/IPASSP-SM** é reservado o direito de exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre a contratação, diretamente ou por prepostos designados.

§ ÚNICO - O CONTRATANTE/IPASSP-SM designará, por meio de portaria, servidor para exercer a fiscalização do objeto contratado, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado.

CLAUSULA OITAVA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE/IPASSP-SM.

São obrigações e responsabilidades da **CONTRATANTE/IPASSP-SM**:

- a) Comunicar à **CONTRATADA/OPERADORA** novas adesões aos planos de saúde, as quais poderão ser realizadas a qualquer época durante a vigência do contrato, respeitadas a legislação e as normas pertinentes, em especial aquelas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- b) Efetuar a inclusão (adesão) e a exclusão de **BENEFICIÁRIO**, informando a **CONTRATADA/OPERADORA**;
- c) Distribuir os cartões/carteiras aos **BENEFICIÁRIOS**;
- d) Disponibilizar informações acerca dos planos de saúde e esclarecer dúvidas dos **BENEFICIÁRIOS**;
- e) Designar um funcionário para contato com a **CONTRATADA/OPERADORA**, visando, em conjunto com os encarregados operacionais da mesma, o acompanhamento da execução contratual e ajustes necessários ao perfeito desempenho das tarefas;
- f) Responsabilizar-se pela comunicação à **CONTRATADA/OPERADORA**, em tempo hábil, as ocorrências e eventos relacionados ao presente contrato;
- g) Proporcionar todas as facilidades para que a **CONTRATADA/OPERADORA** possa desempenhar suas obrigações, dentro das normas deste Contrato;
- h) Acompanhar e fiscalizar a execução deste Contrato e efetuar os pagamentos nas condições e preços pactuados;
- i) Repassar à **CONTRATADA/OPERADORA** os valores referentes às mensalidades dos planos de saúde contratados;
- j) Rejeitar no todo ou em parte, serviços ou fornecimentos executados em desacordo com este Contrato.

CLAUSULA NONA – DAS RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA/OPERADORA

São obrigações e responsabilidades da **CONTRATADA/OPERADORA**:

- a) Fornecer, mensalmente, até o dia 20 do mês subsequente, arquivos informatizados e extratos demonstrativos, de acordo com o formato a ser definido pelas partes, referente à utilização de assistência médica por titulares e dependentes, de forma analítica, sintética e geral, discriminando todos os procedimentos realizados, para fins de gerenciamento interno do IPASSP-SM.
- b) Os demonstrativos ou relatórios deveram ser claros, objetivos e detalhados a nível de **BENEFICIÁRIO**, de forma que todo e qualquer custo possa ser devidamente identificado;
- c) Denunciar ao IPASSP-SM irregularidades praticadas pelos **BENEFICIÁRIOS**, cabendo igual direito ao IPASSP-SM com relação ao atendimento, a fim de que as partes possam tomar medidas necessárias à sua solução.
- d) Designar preposto, devidamente aprovado pelo **CONTRATANTE/IPASSP-SM**, em ato contínuo à assinatura do contrato, para representar a **CONTRATADA/OPERADORA** na execução do contrato, devendo:
 - I. Comparecer, sempre que convocada, ao local designado pelo **CONTRATANTE/IPASSP-SM**, por meio de pessoa devidamente credenciada, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, para exame e esclarecimentos de quaisquer problemas relacionados com os planos de saúde contratados; e
 - II. Manter o **CONTRATANTE/IPASSP-SM** informado de todos os detalhes dos planos de saúde, de acordo com a conveniência deste, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após a consulta.
- e) Administrar o objeto deste contrato, visando compatibilizar e garantir os interesses dos envolvidos, devendo as partes dar conhecimento, uma à outra, de qualquer fato irregular, por comunicação expressa.
- f) Manter sigilo, no que couber, relativamente ao objeto contratado, bem como sobre os dados, documentos, especificações técnicas ou comerciais e demais informações, não tomadas públicas pelo **CONTRATANTE/IPASSP-SM**, de que venha a ter conhecimento em virtude desta contratação, bem como a respeito da execução e resultados obtidos nesta contratação após o término do prazo de vigência deste contrato, salvo quando expressamente autorizado pelo **CONTRATANTE/IPASSP-SM**.
- g) Responder pelas despesas resultantes de quaisquer atos que ocasionem danos, seja por culpa direta ou de seus empregados ou representantes, obrigando-se, igualmente, pelas responsabilidades decorrentes de ações judiciais promovidas por terceiros, que venham a ser exigidas por força de Lei, ligadas ao cumprimento do Contrato.
- h) Encaminhar ao **CONTRATANTE/IPASSP-SM**, após a assinatura do contrato, todas as informações, formulários, impressos, documentos e demais itens necessários à utilização e administração do plano de saúde objeto deste contrato.
- i) Atender, na íntegra, as especificações e demais obrigações constantes dos anexos das especificações técnicas das modalidades de planos de saúde e do termo de referência.
- j) Manter, durante a vigência do contrato, a regularidade de todos os documentos de habilitação e contratação.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES

Sem prejuízo das demais sanções previstas na Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, da propositura da competente ação civil de ressarcimento dos prejuízos decorrentes da inadimplência contratual, o proponente ficará sujeito às seguintes penalidades:

I - **Advertência formal**, por intermédio do setor competente, quando ocorrer o descumprimento das exigências editalícias e contratuais que não justifiquem a aplicação de penalidade mais grave;

II - **Multa** equivalente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento) por dia de atraso injustificado ou por inobservância de qualquer obrigação assumida:

- b) O atraso na disponibilização dos planos de saúde sujeitará a CONTRATADA/OPERADORA ao pagamento de multa no percentual acima, por dia de atraso, até o limite máximo de 10% (dez por cento):
 - a.1) após a assinatura do termo contratual: sobre o valor total do contrato, sem prejuízo das demais sanções previstas neste instrumento;
 - a.2) antes da assinatura do termo contratual: sobre o valor total da proposta vencedora, sem prejuízo das demais sanções previstas na legislação pertinente;
- b) A multa poderá ser aplicada cumulativamente com as demais sanções, não terá caráter compensatório, e a sua cobrança não isentará a CONTRATADA/OPERADORA da obrigação de indenizar eventuais perdas e danos;
- c) A multa aplicada a CONTRATADA/OPERADORA e os prejuízos causados ao CONTRATANTE/IPASSP-SM serão deduzidos de qualquer crédito a que tenha direito a CONTRATADA/OPERADORA, cobrados diretamente ou judicialmente.

III - **Multa** de até 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto contratado.

IV - **Suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração**, por período a ser definido na oportunidade, de acordo com a natureza e a gravidade da falta, respeitado o limite legal de 24 (vinte e quatro) meses, sem prejuízo da aplicação de multa, podendo ser aplicada quando:

- a) apresentação de documentos falsos ou falsificados;
- b) recusa injustificada em iniciar ou continuar a disponibilizar os planos de saúde, dentro do prazo estabelecido pelo IPASSP-SM;
- c) reincidência de descumprimento das obrigações assumidas no contrato acarretando prejuízos para o IPASSP-SM, especialmente aquelas relativas à qualidade, quantidade, prazo ou recusa de disponibilização dos planos de saúde, ressalvados os casos fortuitos ou de força maior, devidamente justificados e comprovados;
- d) reincidência na aplicação das penalidades de advertência ou multa;
- e) irregularidades que acarretem prejuízo ao IPASSP-SM, ensejando frustração deste contrato ou impedindo a realização de ato administrativo por parte do IPASSP-SM;
- f) prática de atos ilícitos, demonstrando não possuir idoneidade para licitar e contratar com o IPASSP-SM;
- g) condenação definitiva por praticar fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos.

V - **Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública**, em função da natureza ou gravidade da falta cometida, sem prejuízo de multas incidentes.

§ **ÚNICO** - Para efeito da aplicação das sanções previstas nesta cláusula, fica estabelecido o direito ao contraditório e a ampla defesa, nos termos do que dispõe o artigo 87 da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO DO CONTRATO

O não cumprimento das obrigações assumidas no presente contrato ou a ocorrência da hipótese prevista no artigo 78, da Lei nº 8.666/1993, e alterações posteriores, autorizam, desde já, o **CONTRATANTE/IPASSP-SM** rescindir, unilateralmente, o contrato, independentemente de interpelação judicial, sendo aplicável, ainda, o disposto nos artigos 79 e 80 do mesmo diploma legal, no caso de inadimplência.

§ **ÚNICO** - A **CONTRATADA/OPERADORA** se sujeita às sanções previstas no artigo 7º da Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002, nos artigos 86 e 87 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

Da penalidade aplicada caberá recurso, à autoridade superior àquela que aplicou a sanção, no prazo de 05 (cinco) dias úteis da notificação, ficando a mesma suspensa até o julgamento do pleito.



CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS ALTERAÇÕES

Este contrato poderá ser alterado, nos casos previstos pelo disposto no artigo 65 da Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, sempre através de Termo Aditivo, numerado em ordem crescente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VINCULAÇÃO AO EDITAL

O presente contrato vincula-se às condições do Edital do Pregão, inclusive seus anexos, e à proposta da **CONTRATADA/OPERADORA**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Aplica-se à execução deste contrato, e a casos omissos, à Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, e a Lei Federal 10.520/2002.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA COMPATIBILIZAÇÃO

Obriga-se a **CONTRATADA/OPERADORA** a manter, durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

As partes elegem o Foro de Santa Maria, abrindo mão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, como sendo o único e competente para dirimir as dúvidas decorrentes do presente contrato.

E por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que se produzam seus jurídicos efeitos.

IPASSP-SM, aos __ (____) dias do mês de _____ de 2019.

Eglon do Canto Silva
Diretor-Presidente do IPASSP-SM
CONTRATANTE

CONTRATADA/OPERADORA

Testemunhas:



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

A empresa _____, CNPJ n° _____,
(razão social da empresa)

por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de
Identidade n° _____, CPF n° _____, sediada _____,
(endereço completo)

declara, sob as penas da lei, para fins do disposto no Inciso VII do Art. 4º da Lei 10.520 de 17 de julho de 2002, que cumpre
com os requisitos de habilitação previstos no Edital do Pregão Presencial n.º 02/2019.

Local, _____ de _____ de 2019.

Nome e Assinatura (representante legal)



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO

- MICROEMPRESA - ME
 EMPRESA DE PEQUENO PORTE – EPP
 COOPERATIVA

(razão social da empresa)

inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante contábil o(a) Sr.(a) _____, portador da Carteira de Identidade nº _____, CPF nº _____, DECLARA, para fins de obter os benefícios concedidos pela Lei Complementar nº 123/2006, que:

- Estamos enquadrados, na condição de (Microempresa, Empresa de Pequeno Porte ou Cooperativa) e que não estamos incurso das vedações a que se reporta o §4 do art. 3º da Lei Complementar 123/06;
- Apresentamos a Receita Federal anualmente a Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ) e/ou Declaração Anual do Simples Nacional (DASM), em conformidade com o disposto em ato da Secretaria da Receita Federal;
- Conservamos em boa ordem, pelo prazo de cinco anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovam a origem das receitas e a efetivação das despesas, bem assim a realização de quaisquer outros atos ou operações que venham a modificar a situação patrimonial;
- Assumimos o compromisso de informar imediatamente ao Cadastro de Fornecedores - CRC da Secretaria Municipal de Finanças do Município de Santa Maria-RS qualquer alteração no Porte da empresa que venha ocorrer no período de validade do Certificado emitido pelo CRC.

Estamos cientes de que a prestação de informações inverídicas nos sujeitará, juntamente com as demais pessoas que para ela concorrem, às penalidades previstas na legislação criminal e tributária relativas à falsidade ideológica (art. 299 do código Penal) e ao crime a ordem tributária (art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990).

Esta Declaração não exime a responsabilidade da empresa em informar, a qualquer tempo, através de Declaração, alterações que tenha ocorrido em seu Porte.

Local, _____ de _____ de 2019.

Nome e Assinatura (representante contábil com inscrição CRC)

Observação: esta declaração deverá estar datada dos últimos 180(cento e oitenta) dias anteriores à data da sessão de abertura dos Envelopes.



ANEXO IV

DECLARAÇÕES

A _____, CNPJ n° _____,
(razão social)

por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade n° _____, CPF n° _____, declara, para fins desta licitação, e sob as penas da lei, que:

- a) **não foi declarada inidônea** para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV, do artigo 87 da Lei n° 8.666/93, e suas alterações;
- b) **inexistem fatos impeditivos** para sua habilitação no presente Processo Licitatório, bem como ter ciência da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores, nos termos do § 2º do artigo 32 da Lei n° 8.666/93;
- c) **não emprega menores** de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e não emprega menor de dezesseis anos, nos termos do disposto no inciso V do Art. 27 da Lei n° 8.666/93, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n° 9.854, de 27 de outubro de 1999. Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ();
- d) **não possui em seu quadro societário servidor público da ativa, ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista**, em atendimento ao Art. 9.º da Lei Federal n.º 8.666/93, ou lei que proíba;
- e) possuirá, na data de assinatura do contrato, **cobertura e custeio de atendimento em rede credenciada**, através de um número de credenciados suficiente para atender ao grupo de BENEFICIÁRIOS estimado pelo Município; e
- f) possuirá, na data de assinatura do contrato, **instalações, pessoal qualificado, estrutura de suporte para troca de informações** (oral e redigida) com o CONTRATANTE/IPASSP-SM, suficientes para atender prontamente as demandas inerentes ao objeto a ser contratado.

Local, _____ de _____ de 2019.

Nome e Assinatura (representante legal)

ANEXO V - PROPOSTA DE PREÇOS

a) PLANO PRINCIPAL COMPLETO:

PREÇO DAS COPARTICIPAÇÕES EM CONSULTAS E EXAMES:				
Valor da Consulta eletiva com Clínico Geral/Especialistas (R\$): preencher (não poderá ser superior a R\$ 70,00)				
Valor da Consulta no Pronto Atendimento com Clínico Geral/Especialistas (R\$): preencher (não poderá ser superior a R\$ 35,00)				
Exames Complementares/baixa complexidade (%): preencher (não poderá ser superior a 20%)				
Exames Especiais/alta complexidade (%): preencher (não poderá ser superior a 30%)				
PREÇO DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE PER CAPITA E POR FAIXA ETÁRIA:				
Item	Especificação	Faixa Etária do BENEFICIÁRIO	Nº de Vidas/BENEFICIÁRIOS	Valor mensal do Plano de Saúde por BENEFICIÁRIO (R\$)
1	PLANO COMPLETO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA	De 00 até 18 anos	1	preencher
		De 19 até 23 anos	1	preencher
		De 24 até 28 anos	1	preencher
		De 29 até 33 anos	1	preencher
		De 34 até 38 anos	1	preencher
		De 39 até 43 anos	1	preencher
		De 44 até 48 anos	1	preencher
		De 49 até 53 anos	1	preencher
		De 54 até 58 anos	1	preencher
		Acima de 58 anos	1	preencher
TOTAL – R\$				preencher

*O objeto contratado encontra-se vinculado ao Plano ____ (preencher com o nome), registrado junto à ANS sob nº ____ (preencher com o nº do registro), plano este aderente às especificações descritas nos termos do Edital e seus Anexos.

b) PLANO PRINCIPAL PARCIAL:

PREÇO DAS COPARTICIPAÇÕES EM CONSULTAS E EXAMES:				
Valor da consulta eletiva com Clínico Geral/Especialistas (R\$): preencher (não poderá ser superior a R\$ 70,00)				
Valor da consulta no Pronto Atendimento com Clínico Geral/Especialistas (R\$): preencher (não poderá ser superior a R\$ 35,00)				
Exames complementares/baixa complexidade (%): preencher (não poderá ser superior a 20%)				
Exames especiais/alta complexidade (%): preencher (não poderá ser superior a 30%)				
PREÇO DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE PER CAPITA E POR FAIXA ETÁRIA:				
Item	Especificação	Faixa Etária do BENEFICIÁRIO	Nº de Vidas/BENEFICIÁRIOS	Valor mensal do Plano de Saúde por BENEFICIÁRIO (R\$)
1	PLANO PARCIAL - AMBULATORIAL	De 00 até 18 anos	1	preencher
		De 19 até 23 anos	1	preencher
		De 24 até 28 anos	1	preencher
		De 29 até 33 anos	1	preencher
		De 34 até 38 anos	1	preencher
		De 39 até 43 anos	1	preencher
		De 44 até 48 anos	1	preencher
		De 49 até 53 anos	1	preencher



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA

	De 54 até 58 anos	1	preencher
	Acima de 58 anos	1	preencher
	TOTAL – R\$		preencher

*O objeto contratado encontra-se vinculado ao Plano ____ (preencher com o nome), registrado junto à ANS sob nº ____ (preencher com o nº do registro), plano este aderente às especificações descritas nos termos do Edital e seus Anexos.

c) PLANO SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO COMPLETO:

PREÇO DAS COPARTICIPAÇÕES EM CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÃO:				
Valor da consulta eletiva com Clínico Geral/Especialistas (R\$): preencher (não poderá ser superior a R\$ 50,00)				
Valor da consulta no Pronto Atendimento com Clínico Geral/Especialistas (R\$): preencher (não poderá ser superior a R\$ 25,00)				
Exames complementares/baixa complexidade (%): preencher (não poderá ser superior a 20%)				
Exames especiais/alta complexidade (%): preencher (não poderá ser superior a 30%)				
Taxa de Internação (clínica ou cirúrgica): preencher (não poderá ser superior a R\$ 300,00 por evento)				
PREÇO DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE PER CAPITA E POR FAIXA ETÁRIA:				
Item	Especificação	Faixa Etária do BENEFICIÁRIO	Nº de Vidas/BENEFICIÁRIOS	Valor mensal do Plano de Saúde por BENEFICIÁRIO (R\$)
1	PLANO COMPLETO INTERMEDIÁRIO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA	De 00 até 18 anos	1	preencher
		De 19 até 23 anos	1	preencher
		De 24 até 28 anos	1	preencher
		De 29 até 33 anos	1	preencher
		De 34 até 38 anos	1	preencher
		De 39 até 43 anos	1	preencher
		De 44 até 48 anos	1	preencher
		De 49 até 53 anos	1	preencher
		De 54 até 58 anos	1	preencher
		Acima de 58 anos	1	preencher
TOTAL – R\$				preencher

*O objeto contratado encontra-se vinculado ao Plano ____ (preencher com o nome), registrado junto à ANS sob nº ____ (preencher com o nº do registro), plano este aderente às especificações descritas nos termos do Edital e seus Anexos.

d) PLANO SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO PARCIAL:

PREÇO DAS COPARTICIPAÇÕES EM CONSULTAS E EXAMES:				
Valor da consulta eletiva com Clínico Geral/Especialistas (R\$): preencher (não poderá ser superior a R\$ 50,00)				
Valor da consulta no Pronto Atendimento com Clínico Geral/Especialistas (R\$): preencher (não poderá ser superior a R\$ 25,00)				
Exames complementares/baixa complexidade (%): preencher (não poderá ser superior a 20%)				
Exames especiais/alta complexidade (%): preencher (não poderá ser superior a 30%)				
PREÇO DAS MENSALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE PER CAPITA E POR FAIXA ETÁRIA:				
Item	Especificação	Faixa Etária do BENEFICIÁRIO	Nº de Vidas/BENEFICIÁRIOS	Valor mensal do Plano de Saúde por BENEFICIÁRIO (R\$)
1	PLANO PARCIAL INTERMEDIÁRIO - AMBULATORIAL	De 00 até 18 anos	1	preencher
		De 19 até 23 anos	1	preencher
		De 24 até 28 anos	1	preencher
		De 29 até 33 anos	1	preencher



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA

	De 34 até 38 anos	1	preencher
	De 39 até 43 anos	1	preencher
	De 44 até 48 anos	1	preencher
	De 49 até 53 anos	1	preencher
	De 54 até 58 anos	1	preencher
	Acima de 58 anos	1	preencher
TOTAL – R\$			preencher

*O objeto contratado encontra-se vinculado ao Plano ____ (preencher com o nome), registrado junto à ANS sob nº ____ (preencher com o nº do registro), plano este aderente às especificações descritas nos termos do Edital e seus Anexos.

SOMATÓRIO DO VALOR DAS FAIXAS ETÁRIAS DOS PLANOS DE SAÚDE (para fins de classificação e julgamento):

PLANO PRINCIPAL		PLANO SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO		SOMATÓRIO DA PROPOSTA
COMPLETO	PARCIAL	COMPLETO	PARCIAL	
R\$ preencher	R\$ preencher	R\$ preencher	R\$ preencher	R\$ preencher

Nota 1: considerar apenas uma vida (um beneficiário) por faixa etária para fins de cálculo; e

Nota 2: O preço para cada faixa etária das duas modalidades do plano de saúde secundário/intermediário deverá ser, no mínimo, 30% (trinta por cento) inferior ao preço cotado para as faixas etárias das duas modalidades de plano de saúde principal.

a) Declaramos que concordamos integralmente com as condições estipuladas na presente licitação e que, se vencedor deste certame, nos submeteremos ao cumprimento de seus termos.

b) A validade da proposta é de **60 (sessenta) dias corridos**, contados da data de recebimento das propostas.

Local, _____ de _____ de 2019.

Nome e Assinatura (representante legal)

CPF:

Cargo:

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

Fone/E-mail:

ANEXO VI

PREGÃO PRESENCIAL Nº 02/2019

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. Contratação de operadora de plano de saúde para atendimento aos servidores públicos municipais e seus dependentes, com **abrangência nacional**, no segmento ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, do tipo de acomodação **semiprivativa**, sistema de pré-pagamento, a preço “per capita”, conforme especificado neste termo e nas especificações técnicas de cada modalidade de plano de saúde.

1.2. As regras de portabilidade e de carência seguirão as normas e regulamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

2. DAS MODALIDADES DE PLANOS DE SAÚDE

2.1. Serão contratadas as seguintes modalidades de planos de saúde:

PLANO PRINCIPAL:

PLANO COMPLETO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR, com obstetrícia, conforme especificações anexas;

PLANO PARCIAL – AMBULATORIAL, conforme especificações anexas.

PLANO SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO:

PLANO COMPLETO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR, com obstetrícia, conforme especificações anexas;

PLANO PARCIAL – AMBULATORIAL, conforme especificações anexas.

2.2. A opção pelo tipo de plano de saúde será de livre escolha e adesão por parte dos BENEFICIÁRIOS.

3. DA CARACTERIZAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. BENEFICIÁRIO Titular:

3.1.1. Servidores efetivos estatutários ativos, inativos e pensionistas; e

3.1.2. Servidores efetivos celetistas ativos.

3.2. BENEFICIÁRIO Dependente:

3.2.1. O esposo(a) ou companheiro(a) em grau de união estável;

3.2.2. Os filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e

3.2.3. Os filhos menores de 24 anos na condição solteiro e estudante universitário sem renda própria.

3.3. Os BENEFICIÁRIOS dependentes deverão comprovar ao IPASSP-SM o vínculo de dependência, conforme o disposto nos §1º, §2º e §3º do art. 2º da Lei Municipal nº 4.992/2007 e suas alterações, que assim dispõe:

§ 1º. Para comprovar o grau de dependência de que trata a letra “a”, o servidor deverá apresentar a certidão de casamento e anexar cópia ao contrato de adesão ao Fundo de Assistência à Saúde ou anexar os documentos que atestem a existência de união estável, de acordo com o previsto na área previdenciária.

§ 2º. A comprovação dos filhos menores de 18 anos e filhos inválidos de qualquer idade deverá ser feita mediante apresentação da certidão de nascimento, com cópia para o Instituto e, no caso dos filhos inválidos, estes deverão ser submetidos à perícia médica do IPASSP-SM.

§ 3º. Para comprovação dos filhos menores de 24 anos e universitários, o servidor deverá, no ato da solicitação, apresentar certidão de nascimento do filho, cuja cópia deverá ser anexada ao contrato de adesão juntamente com o atestado de matrícula do curso superior em nível de graduação, do documento que comprove dependência econômica em relação ao servidor, devendo, ainda, semestralmente, apresentar atestado de frequência na Instituição de Ensino superior.

3.4. A adesão dos BENEFICIÁRIOS dependentes dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

3.5.O IPASSP-SM manterá e disponibilizará consulta aos documentos sempre que requerido pela Operadora do Plano de Saúde.

4. QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS

4.1. QUADRO DE SERVIDORES MUNICIPAIS ATIVOS E SEUS DEPENDENTES:

FAIXA ETÁRIA	Nº VIDAS
De 00 até 18 anos	368
De 19 até 23 anos	188
De 24 até 28 anos	326
De 29 até 33 anos	425
De 34 até 38 anos	445
De 39 até 43 anos	488
De 44 até 48 anos	522
De 49 até 53 anos	677
De 54 até 58 anos	740
Acima de 58 anos	669
Total	4.848

Referência: maio/2019.

4.2. QUADRO DE SERVIDORES MUNICIPAIS INATIVOS, PENSIONISTAS E SEUS DEPENDENTES:

FAIXA ETÁRIA	Nº VIDAS
De 00 até 18 anos	73
De 19 até 23 anos	165
De 24 até 28 anos	283
De 29 até 33 anos	148
De 34 até 38 anos	15
De 39 até 43 anos	4
De 44 até 48 anos	36
De 49 até 53 anos	116
De 54 até 58 anos	450
Acima de 58 anos	2335
Total	3.625

Referência: maio/2019.

4.3. A quantidade total de vidas estimadas é de 8.473 vidas entre servidores ativo e inativos, pensionistas e respectivos dependentes.

4.4. O número de BENEFICIÁRIOS potenciais (servidores ativos, inativos, pensionistas e respectivos dependentes) é suscetível de alteração antes ou durante a vigência do contrato.

4.5. O número de BENEFICIÁRIOS do plano de saúde em vigor é de aproximadamente 2.000 (dois mil) BENEFICIÁRIOS.

4.6. O IPASSP-SM não garante um número mínimo de adesões, isentando-se de qualquer tipo de responsabilidade, a qual recairá única e exclusivamente sobre a futura CONTRATADA/OPERADORA.

5. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA/OPERADORA

5.1. Fornecer, mensalmente, até o dia 20 do mês subsequente, arquivos informatizados e extratos demonstrativos, de acordo com o formato a ser definido pelas partes, referente à utilização de assistência médica por titulares e dependentes, de forma analítica, sintética e geral, discriminando todos os procedimentos realizados, para fins de gerenciamento interno do IPASSP-SM.

5.1.1. Os demonstrativos ou relatórios deveram ser claros, objetivos e detalhados a nível de BENEFICIÁRIO, de forma que todo e qualquer custo possa ser devidamente identificado;

5.2. Denunciar ao IPASSP-SM irregularidades praticadas pelos BENEFICIÁRIOS, cabendo igual direito ao IPASSP-SM com relação ao atendimento, a fim de que as partes possam tomar medidas necessárias à sua solução.

5.3. Designar preposto, devidamente aprovado pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM, em ato contínuo à assinatura do contrato, para representar a CONTRATADA/OPERADORA na execução do contrato, devendo:

- I. Comparecer, sempre que convocada, ao local designado pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM, por meio de pessoa devidamente credenciada, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, para exame e esclarecimentos de quaisquer problemas relacionados com o objeto contratado; e
 - II. Manter o CONTRATANTE/IPASSP-SM informado de todos os detalhes dos planos de saúde, de acordo com a conveniência deste, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após a consulta.
- 5.4. Administrar o objeto deste contrato, visando compatibilizar e garantir os interesses dos envolvidos, devendo as partes dar conhecimento, uma à outra, de qualquer fato irregular, por comunicação expressa.
 - 5.5. Manter sigilo, no que couber, relativamente ao objeto contratado, bem como sobre os dados, documentos, especificações técnicas ou comerciais e demais informações, não tomadas públicas pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM, de que venha a ter conhecimento em virtude desta contratação, bem como a respeito da execução e resultados obtidos nesta contratação após o término do prazo de vigência deste contrato, salvo quando expressamente autorizado pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM.
 - 5.6. Responder pelas despesas resultantes de quaisquer atos que ocasionem danos, seja por culpa direta ou de seus empregados ou representantes, obrigando-se, igualmente, pelas responsabilidades decorrentes de ações judiciais promovidas por terceiros, que venham a ser exigidas por força de Lei, ligadas ao cumprimento do Contrato.
 - 5.7. Encaminhar ao CONTRATANTE/IPASSP-SM, após a assinatura do contrato, todas as informações, formulários, impressos, documentos e demais itens necessários à utilização e administração do plano de saúde objeto deste contrato.
 - 5.8. Atender, na íntegra, as especificações e demais obrigações constantes dos anexos das especificações técnicas das modalidades de planos de saúde.
 - 5.9. Manter, durante a vigência do contrato, a regularidade de todos os documentos de habilitação e contratação.

6. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE/IPASSP-SM

- 6.1. Comunicar à CONTRATADA/OPERADORA novas adesões aos planos de saúde, as quais poderão ser realizadas a qualquer época durante a vigência do contrato, respeitadas a legislação e as normas pertinentes, em especial aquelas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- 6.2. Efetuar a inclusão (adesão) e a exclusão de BENEFICIÁRIO, informando a CONTRATADA/OPERADORA;
- 6.3. Distribuir os cartões/carteiras aos BENEFICIÁRIOS;
- 6.4. Disponibilizar informações acerca dos planos de saúde e esclarecer dúvidas dos BENEFICIÁRIOS;
- 6.5. Designar um funcionário para contato com a CONTRATADA/OPERADORA, visando, em conjunto com os encarregados operacionais da mesma, o acompanhamento da execução do objeto e ajustes necessários ao perfeito desempenho das tarefas;
- 6.6. Responsabilizar-se pela comunicação à CONTRATADA/OPERADORA, em tempo hábil, as ocorrências e eventos relacionados ao presente contrato;
- 6.7. Proporcionar todas as facilidades para que a CONTRATADA/OPERADORA possa desempenhar suas obrigações, dentro das normas deste Contrato;
- 6.8. Acompanhar e fiscalizar a execução deste Contrato e efetuar os pagamentos nas condições e preços pactuados;
- 6.9. Repassar à CONTRATADA/OPERADORA os valores referentes às mensalidades dos planos de saúde contratados;
- 6.10. Rejeitar no todo ou em parte, serviços ou fornecimentos executados em desacordo com este Contrato.

7. DO PAGAMENTO

- 7.1. As mensalidades dos planos de saúde “pré-pagos, a preço “per capita”, serão realizadas no dia 10 (dez) de cada mês, mediante apresentação das notas fiscais e outros documentos exigidos na execução contratual, cujos valores totais a serem pagos pelo CONTRATANTE corresponderá ao total de beneficiários inscritos até o último dia do mês anterior ao da efetivação do pagamento.
 - 7.1.1. O pagamento mensal será mediante crédito em conta corrente indicada pela CONTRATADA/OPERADORA.
- 7.2. Para efetivação do pagamento, a CONTRATADA/OPERADORA deverá obrigatoriamente emitir a nota fiscal/fatura em CNPJ idêntico ao da documentação apresentada para habilitação na licitação, a qual deverá ser acompanhada dos comprovantes de regularidade fiscal.
- 7.3. Caso sejam constatadas irregularidades na documentação apresentada, notadamente quanto ao atendimento dos termos contratuais, do edital de regência e seus anexos, o CONTRATANTE/IPASSP-SM, dentro do prazo para pagamento, comunicará à CONTRATADA/OPERADORA para que proceda com as devidas correções. Neste caso, a documentação será considerada como não entregue e poderá a CONTRATADA/OPERADORA ser considerada em mora. Havendo a devolução

da nota fiscal/fatura para correções, o CONTRATANTE/IPASSP-SM não efetuará o pagamento até que sejam efetuadas as devidas correções.

7.4. No caso de recusa da nota fiscal/fatura pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM a CONTRATADA/OPERADORA deverá adequá-la às especificações contratadas, no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da data da comunicação.

7.5. A CONTRATADA/OPERADORA declara que o valor contratado abrange todas as despesas diretas ou indiretas, necessárias à plena execução do objeto do presente contrato, entre elas: administrativas, trabalhistas, encargos sociais, fiscais, taxa de administração, financeiras, lucro, mão-de-obra, seguros contra acidentes pessoais e materiais, multas, taxas, impostos, emissão de apólice, IOF, alimentação, e outras não relacionadas, incidentes sobre o objeto contratado.

7.6. Na hipótese de divergência entre o preço faturado e os controles do CONTRATANTE/IPASSP-SM, o pagamento ficará suspenso até o efetivo esclarecimento do ocorrido, não sendo devidos pelo CONTRATANTE/IPASSP-SM quaisquer valores a título de multa e/ou atualização monetária.

7.7. No caso de eventual atraso no pagamento por culpa do CONTRATANTE/IPASSP-SM, o valor devido será corrigido pelo IPCA-IBGE, ou pelo índice que vier a substituí-lo, acrescidos de multa de 2% e juros moratórios de 1% ao mês sobre o valor do débito.

8. DO PRAZO DA CONTRATAÇÃO

8.1. O início da execução do objeto deverá ocorrer em **1º de outubro de 2019**.

8.1.1. O prazo estabelecido no item 8.1. poderá ser prorrogado, de ofício ou mediante solicitação formal, e, desde que devidamente justificada, cabendo a este Órgão a avaliação de sua oportunidade e conveniência.

8.2. O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses.

9. DOCUMENTOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA FINS DE HABILITAÇÃO

9.1. **Certidão ou atestado de capacidade técnica**, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, atestando a anterior execução pelo licitante, de objeto pertinente e compatível com o objeto ora licitado, comprovando, no mínimo, atendimento mensal a 1.000 (mil) vidas pelo período de, no mínimo, 12 (doze) meses.

9.1.1. O(s) atestado(s) deverá(ão) estar necessariamente em nome da empresa proponente, em papel timbrado, com a devida identificação e assinatura do responsável, devendo possuir ainda os nomes e telefones dos contatos do emissor;

9.1.2. O atestado de capacidade técnica poderá ser objeto de diligência, a critério do IPASSP-SM, para verificação de autenticidade de seu conteúdo;

9.1.3. Encontrada divergência entre o especificado nos atestados e o apurado em eventual diligência, além da desclassificação no processo licitatório, o licitante fica sujeito às penalidades cabíveis.

9.1.4. Será aceito somatório de atestados para fins de comprovar o atendimento mensal a 1.000 (mil) BENEFICIÁRIOS desde que os atendimentos tenham sido prestados no mesmo período.

9.2. **Registro válido no Conselho Regional de Medicina/CRM.**

9.3. **Autorização definitiva de funcionamento** perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

9.4. **Registro válido de seus produtos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS** (para comprovar que o licitante está apto a comercializar os produtos cotados);

9.5. Declaração do licitante de que possuirá, na data de assinatura do contrato, **cobertura e custeio de atendimento em rede credenciada**, através de um número de credenciados suficiente para atender ao grupo de BENEFICIÁRIOS estimado pelo Município;

9.6. Declaração do licitante de que possuirá, na data de assinatura do contrato, **instalações, pessoal qualificado, estrutura de suporte para troca de informações** (oral e redigida) com o CONTRATANTE/IPASSP-SM, suficientes para atender prontamente as demandas inerentes ao objeto a ser contratado.

10. DOCUMENTOS PARA FINS DE CONTRATAÇÃO

10.1. Até a data da assinatura do contrato a proponente vencedora deverá apresentar prova:

a) Da existência de rede própria credenciada ou com acordo de atendimento, no Município de Santa Maria/RS;

b) Da capacidade de atendimento de urgência/emergência em todo o território nacional;

c) Da existência de profissionais credenciados, hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios, centros radiológicos, referentes as especialidades previstas no Termo de Referência, que devem também estar disponíveis em sítios, (sites na Internet) com informações atualizadas, sobre como identificar a rede credenciada.



11. BENEFÍCIOS ADICIONAIS

11.1. Este Termo de Referência contempla as especificações MÍNIMAS que deverão ser concedidas pela Proponente vencedora, a qual poderá ofertar planos com benefícios adicionais, sendo que estes não serão considerados para fins de qualquer vantagem licitatória.

Santa Maria, ____ de _____ de 2019.

Alexandre Niederauer
Diretor-Geral do IPASSP-SM

Eglon do Canto Silva
Diretor-Presidente do IPASSP-SM

ANEXO VII

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO PLANO “PRINCIPAL”

PLANO DE SAÚDE COMPLETO (ABULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA)

1 – BENEFICIÁRIOS:

1.1) TITULARES:

a)	Servidor efetivo estatutário ativo e inativo;
b)	Servidor efetivo celetista ativo; e
c)	Pensionistas.

1.2) DEPENDENTES:

a)	Esposo(a), companheiro(a), em grau de união estável;
b)	Filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e
c)	Filhos menores de 24 anos, no estado civil solteiro, estudantes universitários sem renda própria.

1.3) PORTABILIDADE E PRAZOS DE CARÊNCIA:

a)	os prazos de carência são: a.1) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; a.2) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; a.3) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência. Obs.: os prazos de carência atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.
b)	as regras para portabilidade atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

1.4) CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO/CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE:

a)	a carteira deverá possuir prazo de validade, identificação completa do BENEFICIÁRIO e ser individualizada por titular e por dependente;
b)	a primeira via da carteira deverá ser fornecida pela OPERADORA em até 30 dias, sem custo/gratuita, nos seguintes casos: ingresso, reingresso, portabilidade/migração de plano, troca da validade da carteira e erro de impressão da carteira;
c)	a OPERADORA deverá entregar, na Gerência de Saúde do IPASSP-SM, os cartões/carteiras embalados individualmente e com identificação nominal do titular, acompanhado, se for o caso, de seus dependentes;
d)	nenhum atendimento relacionado ao plano de saúde será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação/Carteira do BENEFICIÁRIO, acompanhado de documento de identidade do mesmo, exceto nos casos de urgência e emergência;
e)	o Cartão de Identificação/Carteira do plano de saúde é documento pessoal e intransferível do BENEFICIÁRIO;
f)	a utilização da carteira do plano de saúde por terceiros, com ou sem o consentimento do BENEFICIÁRIO de direito, tornará o servidor/pensionista, vinculado ao Município, responsável pelas despesas indevidamente efetuadas;
g)	no caso de extravio ou roubo da carteira do plano de saúde do titular ou do dependente, o servidor/pensionista deverá, imediatamente, comunicar o fato ao IPASSP-SM e à Operadora do Plano de Saúde, inclusive arcando com as despesas da emissão da 2ª (segunda) via da carteira. Cessa a responsabilidade do BENEFICIÁRIO a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação; e
h)	a exclusão ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual com o titular/dependente o servidor/pensionista obriga-se a recolher as carteiras do plano de saúde, respondendo, até a entrega ao IPASSP-SM, pelos custos operacionais decorrentes da sua utilização dentro de seu prazo de validade.

1.5) AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

a)	para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência;
b)	o pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA/OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

c)	os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA/OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID; e
d)	outros procedimentos operacionais poderão ser adotados pela OPERADORA, desde que, previamente, em tempo hábil, sejam comunicados ao IPASSP-SM e divulgados aos BENEFICIÁRIOS.

2 - BENEFÍCIOS E COBERTURAS:

2.1) CONSULTAS MÉDICAS:

a)	serão realizadas em consultórios ou clínicas dos próprios médicos, no Município de Santa Maria/RS ou nos municípios da região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos especiais ou quando, na data de sua requisição, não estiver comprovadamente disponível no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência, deverá ser prestada ao BENEFICIÁRIO em outra localidade na qual exista serviço da mesma natureza e condições de cobertura do plano de saúde, hipótese na qual dependerá de prévia autorização da OPERADORA;
b)	disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS, no mínimo, 3 (três) médicos em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, cardiologia, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, anesteologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, angiologia, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia, traumatologia e urologia;
c)	disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS, no mínimo, 1 (um) médico para as seguintes especialidades: cirurgia cardiovascular, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, endoscopia, hematologia e hemoterapia, homeopatia, infectologia, mastologia, medicina do trabalho, medicina intensiva, medicina nuclear, nutrologia, patologia, radiologia e diagnóstico por imagem, radioterapia, bem como para as demais especialidades que surgirem, conforme regulamentos ou normas da ANS, durante a vigência do contrato de adesão;
d)	serão realizadas, exclusivamente, por médicos credenciados junto à OPERADORA, nos seus consultórios particulares e no horário normal de suas clínicas;
d.1)	em casos especiais e mediante prévia autorização da OPERADORA, as consultas poderão ser realizadas por outros profissionais (fora da rede credenciada) e nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde;
e)	o valor da consulta médica será, no máximo, R\$ 70,00 (setenta reais); e
e.1)	o pagamento da consulta será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.2.) EXAMES ESPECIAIS (ALTO CUSTO) CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM OU QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA:

a)	serão prestados no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de utilização dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuados em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizados em clínicas ou laboratórios credenciados à Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizados, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou laboratórios não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde; e
c)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no percentual de 30% (trinta por cento) do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, em vigor na data da realização dos exames;
c.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.3) EXAMES COMPLEMENTARES (BAIXO CUSTO) CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM OU QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA:

a)	serão prestados no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de utilização dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuados em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizados em clínicas ou laboratórios credenciados à Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizados, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou laboratórios não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde; e
c)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no percentual de 20% (vinte por cento) do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, em vigor na data da realização dos exames;
c.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.4) ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:

a)	serão prestados no pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou, a critério médico, na rede hospitalar de cobertura do plano de saúde;
b)	serão considerados “procedimentos ambulatoriais” as pequenas cirurgias com anestesia local que necessitam, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que caracterize situação de internação; e
c)	não poderá ser cobrado nenhum custo do BENEFICIÁRIO durante o período de até 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial, estando incluídos materiais, exames, medicamentos e qualquer outro insumo ou serviço que se fizer necessário;
d)	a coparticipação do BENEFICIÁRIO será, no máximo, no valor de R\$ 10,00 para atendimentos sem uso de sala cirúrgica e de R\$ 50,00 para atendimentos com uso de sala cirúrgica.
e)	estão excluídos da cobertura do plano de saúde: a) os atendimentos odontológicos de todas as espécies.

2.5) TERAPIAS AMBULATORIAIS: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, NUTROLOGIA:

a)	serão prestadas, por profissional com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de prestação dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuadas em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizadas em clínicas ou profissionais credenciados à Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizadas, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou profissionais não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde;
c)	serão realizadas, sem a coparticipação do BENEFICIÁRIO, nas 20 (vinte) primeiras sessões, por ano, a contar da data de inclusão do BENEFICIÁRIO;
d)	a partir da 21ª (vigésima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação corresponderá, no máximo, a 20% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la, em vigor na data da realização das sessões;
d.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à clínica ou ao profissional prestador do serviço; e
e)	o prazo de início e término do tratamento será de responsabilidade e a critério exclusivo do médico.

2.6) TERAPIAS AMBULATORIAIS: RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA E HEMODIÁLISE:

a)	serão prestadas, por profissional com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de prestação dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuadas em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizadas em clínicas ou profissionais credenciados à Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizadas, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou profissionais não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde;
c)	serão prestadas, sem a coparticipação do BENEFICIÁRIO, nas 10 (dez) primeiras sessões, por ano, a contar da data de inclusão do BENEFICIÁRIO;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

d)	a partir da 11ª (décima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação corresponderá, no máximo, a 30% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la, em vigor na data da realização das sessões;
d.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à clínica ou ao profissional prestador do serviço; e
e)	o prazo de início e término do tratamento será de responsabilidade e a critério exclusivo do médico.

2.7) PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS:

a)	será prestado em dias úteis, fins de semana e feriados, no Município de Santa Maria/RS;
b)	compreenderá instalações, equipamentos e demais bens necessários à prestação dos serviços;
c)	possuirá capacidade plena para atender regularmente o potencial de BENEFICIÁRIOS do Plano de Saúde;
d)	manterá, no mínimo, 2 (dois) médicos de plantão; sendo 1 (um) médico com especialização comprovada em clínica médica e 1 (um) médico com especialização comprovada em pediatria; e
e)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) para a consulta no pronto atendimento 24 horas;
f)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à unidade de pronto atendimento.

2.8) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL:

a)	será realizado por meio de serviços de pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou de serviços de urgência hospitalar e ambulatorial;
b)	será prestado em dias úteis, fins de semana e feriados, em todo território nacional;
c)	será realizado no município onde se encontrar o BENEFICIÁRIO, ou, na falta da prestação de serviço naquele município, será realizado no município mais próximo, nas mesmas condições de cobertura do plano, incluindo os serviços de deslocamento;
d)	contemplará a remoção de pacientes em todo o território nacional, com a cobertura total do plano de saúde, sem qualquer custo para o BENEFICIÁRIO.
d.1)	o BENEFICIÁRIO ou seu responsável, na necessidade de remoção, deverá realizar contato com a Operadora do Plano de Saúde, de forma a permitir que a mesma assuma a condução do processo de remoção;
e)	na hipótese do BENEFICIÁRIO necessitar de atendimento de urgência e emergência em localidade na qual não exista o serviço ou, mesmo existindo, não disponha de terapêutica necessária, terá o BENEFICIÁRIO do atendimento ou a pessoa que por ele fizer a despesa, direito a ressarcir-se dos seus custos, no prazo de 60(sessenta) dias, neles incluindo a remoção no território nacional, quando ficar caracterizado, a pedido do médico assistente, a falta de recursos para a continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO;
e.1)	as despesas e os valores de ressarcimento serão aqueles fixados na tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, ou na falta, pelos valores de mercado;
e.2)	o pedido de reembolso pelo BENEFICIÁRIO será instruído mediante a apresentação dos recibos originais de despesa, cópias do relatório médico que contenha a descrição do diagnóstico e do procedimento recomendado e, quando for o caso, cópia dos laudos dos exames realizados;
f)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) para a consulta no atendimento de urgência e emergência;
f.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à prestadora do serviço de urgência e emergência; e
g)	considerar incluído no valor da coparticipação da consulta os exames de diagnose e terapia realizados durante o atendimento da urgência ou emergência.

2.9) SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SOS:

a)	deverão ser prestados no perímetro urbano, dentro dos limites estabelecidos na legislação municipal de Santa Maria/RS, sem custo para o BENEFICIÁRIO.
----	---

2.10) INTERNACAO EM SANTA MARIA OU, A CRITÉRIO MÉDICO, EM OUTRA LOCALIDADE:

a)	as internações serão realizadas a partir da data da requisição médica, exceto no caso de urgência ou emergência, em que a internação deverá ser imediata;
b)	o hospital deverá ter capacidade de realizar todos os exames especiais, complementares e outros de competência da rede hospitalar;
c)	o prazo de internação do BENEFICIÁRIO, tanto em quarto coletivo quanto em unidade de tratamento intensivo-UTI, ficará a critério do médico responsável pela internação;
d)	as acomodações serão em quarto semiprivativo com até 2 (dois) leitos;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

e)	BENEFICIÁRIOS com idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos e menores com idade igual ou inferior a 12 (doze) anos terão direito a 1 (um) acompanhante. Nos demais casos, será permitido acompanhante a critério do médico ou da equipe hospitalar;
f)	na falta de quarto semiprivativo até 2 (dois) leitos, o BENEFICIÁRIO deverá ser acomodado em quarto privativo, garantida todas as condições de cobertura do plano de saúde sem qualquer custo adicional;
g)	o centro de tratamento intensivo (CTI), o centro de tratamento intensivo neonatal e o serviço de medicina nuclear deverão estar incluídos na cobertura do plano de saúde; e
h)	não poderá ser cobrado nenhum custo do BENEFICIÁRIO durante o período da internação, estando incluídos materiais, exames, medicamentos e qualquer outro insumo ou serviço que se fizer necessário.

3 – INFRAESTRUTURA:

3.1) HOSPITAIS, LABORATÓRIOS, CLÍNICAS, ETC.

a)	possuir o número de hospitais, maternidades, laboratórios e clínicas credenciadas suficientes para atender ao quantitativo estimado de BENEFICIÁRIOS, a saber:
a.1)	2 (dois) hospitais credenciados em Santa Maria/RS, ambos com unidades de Pronto Socorro, que possam assegurar atendimento de qualidade ao número de potenciais usuários dos planos de saúde, devendo possuir: a.1) quarto semiprivativo com até 2 (dois) leitos ou quarto privativo; a.2) centro cirúrgico; a.3) Unidade de Tratamento Intensivo-UTI para adultos; a.4) Unidade de Tratamento Intensivo-UTI neonatal.
a.2)	unidades de Fisioterapia em Santa Maria/RS;
a.3)	estabelecimentos para exames laboratoriais de análises clínicas em Santa Maria/RS;
a.4)	estabelecimentos de Centro de Diagnóstico em Santa Maria/RS;
b)	providenciar, em até 30 (trinta) dias da solicitação pelo IPASSP-SM, novos credenciamentos, se a quantidade de hospitais, clínicas e laboratórios não for suficiente para as necessidades de atendimento aos BENEFICIÁRIOS; e
c)	fornecer a relação de hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios, centros radiológicos, etc., em sítios eletrônicos (sites na internet), com informações atualizadas, de toda rede credenciada para fins de cada uma das modalidades de planos.

3.2) REDE DE MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

a)	possuir número de médicos credenciados suficientes para atender os prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Complementar-ANS e, bem como, suas alterações posteriores;
b)	providenciar, em até 30 (trinta) dias da solicitação pelo IPASSP-SM, novos credenciamentos, se a quantidade de médicos e outros profissionais da área da saúde não forem suficientes para as necessidades de atendimento aos BENEFICIÁRIOS; e
c)	fornecer a relação de profissionais credenciados, referentes as especialidades previstas no Termo de Referência, em sítios eletrônicos (sites na internet), com informações atualizadas, de toda rede credenciada para fins de cada uma das modalidades de planos.

3.3) TRANSPORTE

a)	fornecer transporte pré-hospitalar em unidades móveis devidamente equipadas, nos padrões simples e UTI, em território nacional, motivado por evento coberto pelo contrato e efetuado via terrestre ou aérea para a unidade hospitalar credenciada/referenciada, quando a ocorrência assim exigir.
----	---

3.4) CENTRAL DE ATENDIMENTO

a)	possuir Central de Atendimento funcionando 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, com pessoas habilitadas para informar sobre locais para a realização de exame laboratorial especializado ou complementar, atendimento de urgência e/ou emergência em pronto socorro ou hospital, autorização para a realização de procedimentos cirúrgicos em hospitais, consultórios/ambulatórios e clínicas, internação de urgência e/ou emergência, serviços de remoção em unidades móveis no território nacional, reembolso de despesas, bem como liberação de exames e procedimentos solicitados pelos médicos, clínicas e laboratórios credenciados.
----	---

4 – DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. A OPERADORA deverá seguir rigorosamente as exigências mínimas da prestação dos serviços, atendendo as determinações da Lei nº 9.656/98, suas alterações e regulamentações.

4.2. A OPERADORA deverá considerar, para fins de atender o objeto da contratação, no mínimo, o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS e suas alterações.

4.3. A OPERADORA deverá assumir, no primeiro dia de operação, todos os atendimentos iniciados e em andamento, bem como todas as despesas incorridas a partir do início da contratação e decorrentes de eventual continuidade de atendimento, por impossibilidade de remoção ou transferência do paciente.

4.4. A cobertura estabelecida no contrato de adesão não alcança despesas e pagamentos junto a médicos, profissionais, laboratórios, clínicas ou outros prestadores de serviços não credenciados pela Operadora do Plano de Saúde, quando os BENEFICIÁRIOS tiverem a sua disposição todos os serviços cobertos pelo plano de saúde e, voluntariamente, sem prévia autorização da OPERADORA, contratarem outros profissionais ou serviços não credenciados ou não autorizados.

4.5. A OPERADORA será responsável por despesas de quaisquer serviços por ela autorizados, que estejam fora daqueles cobertos pelo rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

4.6. Todos os serviços incluídos na cobertura, e para os quais não haja ressalva expressa no contrato, serão fornecidos aos BENEFICIÁRIOS, sem interferência administrativa da Operadora do Plano de Saúde, mediante a exibição da carteira do plano de saúde acompanhada de documento de identificação com foto.

4.7. A OPERADORA deverá efetuar reembolso de consultas, exames e demais atendimentos de emergência e de urgência realizados por **BENEFICIÁRIOS** em viagem ou de passagem por outras cidades do território nacional, onde não seja possível o atendimento por médicos, clínicas e hospitais da rede assistencial credenciada;

4.7.1 A OPERADORA deverá realizar o reembolso de atendimento eletivo quando a especialidade não estiver credenciada no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde; ou, ainda, cujo tempo de espera ultrapasse o estabelecido pela ANS.

4.7.2. A solicitação de reembolso deverá ser protocolada junto à CONTRATADA/OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da emissão do recibo ou equivalente;

4.7.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA/OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

4.8. Fica expressamente vedada a cobrança de qualquer diferença adicional do previsto no termo de adesão contratual.

4.9. As despesas apresentadas pela Operadora do Plano de Saúde poderão ser questionadas pelos BENEFICIÁRIOS ou pelo IPASSP-SM, e, em caso dos valores cobrados estarem em desacordo com as especificações da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM vigente (atualizada), a Operadora do Plano de Saúde deverá, na fatura do mês subsequente, realizar o ressarcimento/abatimento/desconto de forma detalhada e inequívoca.

4.10. **Todos os estabelecimentos, equipamentos, materiais e insumos** utilizados na prestação dos serviços deverão estar perfeitamente adequados às normas técnicas e às exigências legais pertinentes.

FIM DO ANEXO

ANEXO VIII
ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS PLANO “PRINCIPAL”
PLANO DE SAÚDE PARCIAL (AMBULATORIAL)

1 – BENEFICIÁRIOS:

1.1) TITULARES:

a)	Servidor efetivo estatutário ativo e inativo;
b)	Servidor efetivo celetista ativo; e
c)	Pensionistas.

1.2) DEPENDENTES:

a)	Esposo(a), companheiro(a), em grau de união estável;
b)	Filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e
c)	Filhos menores de 24 anos, no estado civil solteiro, estudantes universitários sem renda própria.

1.3) PORTABILIDADE E PRAZOS DE CARÊNCIA:

a)	os prazos de carência são: a.1) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; a.2) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; a.3) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência. Obs.: os prazos de carência atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.
b)	as regras para portabilidade atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

1.4) CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO/CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE:

a)	a carteira deverá possuir prazo de validade, identificação completa do BENEFICIÁRIO e ser individualizada por titular e por dependente;
b)	a primeira via da carteira deverá ser fornecida pela OPERADORA em até 30 dias, sem custo/gratuita, nos seguintes casos: ingresso, reingresso, portabilidade/migração de plano, troca da validade da carteira e erro de impressão da carteira;
c)	a OPERADORA deverá entregar, na Gerência de Saúde do IPASSP-SM, os cartões/carteias embalados individualmente e com identificação nominal do titular, acompanhado, se for o caso, de seus dependentes;
d)	nenhum atendimento relacionado ao plano de saúde será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação/Carteira do BENEFICIÁRIO, acompanhado de documento de identidade do mesmo, exceto nos casos de urgência e emergência;
e)	o Cartão de Identificação/Carteira do plano de saúde é documento pessoal e intransferível do BENEFICIÁRIO;
f)	a utilização da carteira do plano de saúde por terceiros, com ou sem o consentimento do BENEFICIÁRIO de direito, tornará o servidor/pensionista, vinculado ao Município, responsável pelas despesas indevidamente efetuadas;
g)	no caso de extravio ou roubo da carteira do plano de saúde do titular ou do dependente, o servidor/pensionista deverá, imediatamente, comunicar o fato ao IPASSP-SM e à Operadora do Plano de Saúde, inclusive arcando com as despesas da emissão da 2ª (segunda) via da carteira. Cessa a responsabilidade do BENEFICIÁRIO a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação; e
h)	a exclusão ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual com o titular/dependente o servidor/pensionista obriga-se a recolher as carteiras do plano de saúde, respondendo, até a entrega ao IPASSP-SM, pelos custos operacionais decorrentes da sua utilização dentro de seu prazo de validade.

1.5) AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

a)	para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência;
b)	o pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA/OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador;
c)	os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA/OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID; e
d)	outros procedimentos operacionais poderão ser adotados pela OPERADORA, desde que, previamente, em tempo hábil, sejam comunicados ao IPASSP-SM e divulgados aos BENEFICIÁRIOS.

2 - BENEFÍCIOS E COBERTURAS:

2.1) CONSULTAS MÉDICAS:

a)	serão realizadas em consultórios ou clínicas dos próprios médicos, no Município de Santa Maria/RS ou nos municípios da região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos especiais ou quando, na data de sua requisição, não estiver comprovadamente disponível no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência, deverá ser prestada ao BENEFICIÁRIO em outra localidade na qual exista serviço da mesma natureza e condições de cobertura do plano de saúde, hipótese na qual dependerá de prévia autorização da OPERADORA;
b)	disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS, no mínimo, 3 (três) médicos em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, cardiologia, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, anesteologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, angiologia, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia, traumatologia e urologia;
c)	disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS, no mínimo, 1 (um) médico para as seguintes especialidades: cirurgia cardiovascular, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, endoscopia, hematologia e hemoterapia, homeopatia, infectologia, mastologia, medicina do trabalho, medicina intensiva, medicina nuclear, nutrologia, patologia, radiologia e diagnóstico por imagem, radioterapia, bem como para as demais especialidades que surgirem, conforme regulamentos ou normas da ANS, durante a vigência do contrato de adesão;
d)	serão realizadas, exclusivamente, por médicos credenciados junto à OPERADORA, nos seus consultórios particulares e no horário normal de suas clínicas;
d.1)	em casos especiais e mediante prévia autorização da OPERADORA, as consultas poderão ser realizadas por outros profissionais (fora da rede credenciada) e nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde;
e)	o valor da consulta médica será, no máximo, R\$ 70,00 (setenta reais); e
e.1)	o pagamento da consulta será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.2.) EXAMES ESPECIAIS (ALTO CUSTO) CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM OU QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA:

a)	serão prestados no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de utilização dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuados em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizados em clínicas ou laboratórios credenciados à Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizados, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou laboratórios não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde; e
c)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no percentual de 30% (trinta por cento) do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, em vigor na data da realização dos exames;
c.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.3) EXAMES COMPLEMENTARES (BAIXO CUSTO) CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM OU QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA:

a)	serão prestados no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de utilização dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuados em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizados em clínicas ou laboratórios credenciados à Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizados, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou laboratórios não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde; e



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

c)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no percentual de 20% (vinte por cento) do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, em vigor na data da realização dos exames;
c.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.4) ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:

a)	serão prestados no pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou, a critério médico, na rede hospitalar de cobertura do plano de saúde;
b)	serão considerados “procedimentos ambulatoriais” as pequenas cirurgias com anestesia local que necessitam, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que caracterize situação de internação;
c)	não poderá ser cobrado nenhum custo do BENEFICIÁRIO durante o período de até 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou enquanto não se caracterizar situação de internação, estando incluídos materiais, exames, medicamentos e qualquer outro insumo ou serviço que se fizer necessário;
d)	a coparticipação do BENEFICIÁRIO será, no máximo, no valor de R\$ 10,00 para atendimentos sem uso de sala cirúrgica e de R\$ 50,00 para atendimentos com uso de sala cirúrgica; e
e)	estão excluídos da cobertura do plano de saúde: a) os atendimentos odontológicos de todas as espécies; b) as internações hospitalares.

2.5) TERAPIAS AMBULATORIAIS: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, NUTROLOGIA:

a)	serão prestadas, por profissional com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de prestação dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuadas em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizadas em clínicas ou profissionais credenciados à Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizadas, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou profissionais não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde;
c)	serão realizadas, sem a coparticipação do BENEFICIÁRIO, nas 20 (vinte) primeiras sessões, por ano, a contar da data de inclusão do BENEFICIÁRIO;
d)	a partir da 21ª (vigésima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação corresponderá, no máximo, a 20% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la, em vigor na data da realização das sessões;
d.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à clínica ou ao profissional prestador do serviço; e
e)	o prazo de início e término do tratamento será de responsabilidade e a critério exclusivo do médico.

2.6) TERAPIAS AMBULATORIAIS: RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA E HEMODIÁLISE:

a)	serão prestadas, por profissional com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de prestação dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuadas em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizadas em clínicas ou profissionais credenciados à Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizadas, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou profissionais não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde;
c)	serão prestadas, sem a coparticipação do BENEFICIÁRIO, nas 10 (dez) primeiras sessões, por ano, a contar da data de inclusão do BENEFICIÁRIO;
d)	a partir da 11ª (décima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação corresponderá, no máximo, a 30% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la, em vigor na data da realização das sessões;
d.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à clínica ou ao profissional prestador do serviço; e
e)	o prazo de início e término do tratamento será de responsabilidade e a critério exclusivo do médico.



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

2.7) PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS:

a)	será prestado em dias úteis, fins de semana e feriados, no Município de Santa Maria/RS;
b)	compreenderá instalações, equipamentos e demais bens necessários à prestação dos serviços;
c)	possuirá capacidade plena para atender regularmente o potencial de BENEFICIÁRIOS do Plano de Saúde;
d)	manterá, no mínimo, 2 (dois) médicos de plantão; sendo 1 (um) médico com especialização comprovada em clínica médica e 1 (um) médico com especialização comprovada em pediatria; e
e)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) para a consulta no pronto atendimento 24 horas;
f)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à unidade de pronto atendimento.

2.8) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL:

a)	será realizado por meio de serviços de pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou de serviços de urgência hospitalar e ambulatorial;
b)	será prestado em dias úteis, fins de semana e feriados, em todo território nacional;
c)	será realizado no município onde se encontrar o BENEFICIÁRIO, ou, na falta da prestação de serviço naquele município, será realizado no município mais próximo, nas mesmas condições de cobertura do plano, incluindo os serviços de deslocamento;
d)	contemplará a remoção de pacientes em todo o território nacional, com a cobertura total do plano de saúde, sem qualquer custo para o BENEFICIÁRIO.
d.1)	o BENEFICIÁRIO ou seu responsável, na necessidade de remoção, deverá realizar contato com a Operadora do Plano de Saúde, de forma a permitir que a mesma assuma a condução do processo de remoção;
e)	na hipótese do BENEFICIÁRIO necessitar de atendimento de urgência e emergência em localidade na qual não exista o serviço ou, mesmo existindo, não disponha de terapêutica necessária, terá o BENEFICIÁRIO do atendimento ou a pessoa que por ele fizer a despesa, direito a ressarcir-se dos seus custos, no prazo de 60(sessenta) dias, neles incluindo a remoção no território nacional, quando ficar caracterizado, a pedido do médico assistente, a falta de recursos para a continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO;
e.1)	as despesas e os valores de ressarcimento serão aqueles fixados na tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, ou na falta, pelos valores de mercado;
e.2)	o pedido de reembolso pelo BENEFICIÁRIO será instruído mediante a apresentação dos recibos originais de despesa, cópias do relatório médico que contenha a descrição do diagnóstico e do procedimento recomendado e, quando for o caso, cópia dos laudos dos exames realizados;
f)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) para a consulta no atendimento de urgência e emergência;
f.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à prestadora do serviço de urgência e emergência; e
g)	considerar incluído no valor da coparticipação da consulta os exames de diagnose e terapia realizados durante o atendimento da urgência ou emergência.

2.9) SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SOS:

a)	deverão ser prestados no perímetro urbano, dentro dos limites estabelecidos na legislação municipal de Santa Maria/RS, sem custo para o BENEFICIÁRIO.
----	---

3 – INFRAESTRUTURA:

3.1) LABORATÓRIOS, CLÍNICAS, ETC.

a)	possuir o número de laboratórios e clínicas credenciadas suficientes para atender ao quantitativo estimado de BENEFICIÁRIOS, a saber:
a.1)	unidades de Fisioterapia em Santa Maria/RS;
a.2)	estabelecimentos para exames laboratoriais de análises clínicas em Santa Maria/RS;
a.3)	estabelecimentos de Centro de Diagnóstico em Santa Maria/RS;
b)	providenciar, em até 30 (trinta) dias da solicitação pelo IPASSP-SM, novos credenciamentos, se a quantidade de clínicas e laboratórios não for suficiente para as necessidades de atendimento aos BENEFICIÁRIOS; e
c)	fornecer a relação de clínicas, laboratórios, centros radiológicos, etc., em sítios eletrônicos (sites na internet), com informações atualizadas, de toda rede credenciada para fins de cada uma das modalidades de planos.

3.2) REDE DE MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

a)	possuir número de médicos credenciados suficientes para atender os prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Complementar-ANS e, bem como, suas alterações posteriores;
----	---



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

b)	providenciar, em até 30 (trinta) dias da solicitação pelo IPASSP-SM, novos credenciamentos, se a quantidade de médicos e outros profissionais da área da saúde não forem suficientes para as necessidades de atendimento aos BENEFICIÁRIOS; e
c)	fornecer a relação de profissionais credenciados, referentes as especialidades previstas no Termo de Referência, em sítios eletrônicos (sites na internet), com informações atualizadas, de toda rede credenciada para fins de cada uma das modalidades de planos.

3.3) TRANSPORTE

a)	fornecer transporte em unidades móveis devidamente equipadas, nos padrões simples e UTI, em território nacional, motivado por evento coberto pelo contrato e efetuado via terrestre ou aérea para a unidade de atendimento credenciada/referenciada, quando a ocorrência assim exigir.
----	--

3.4) CENTRAL DE ATENDIMENTO

a)	possuir Central de Atendimento funcionando 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, com pessoas habilitadas para informar sobre locais para a realização de exame laboratorial especializado ou complementar, atendimento de urgência e/ou emergência em pronto socorro, autorização para a realização de procedimentos cirúrgicos em consultórios/ambulatórios e clínicas, serviços de urgência e/ou emergência, serviços de remoção em unidades móveis no território nacional, reembolso de despesas, bem como liberação de exames e procedimentos solicitados pelos médicos, clínicas e laboratórios credenciados.
----	--

4 – DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. A OPERADORA deverá seguir rigorosamente as exigências mínimas da prestação dos serviços, atendendo as determinações da Lei nº 9.656/98, suas alterações e regulamentações.

4.2. A OPERADORA deverá considerar para fim de atender o objeto da contratação, no mínimo, o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS e suas alterações.

4.3. A cobertura estabelecida no contrato de adesão não alcança despesas e pagamentos junto a médicos, profissionais, laboratórios, clínicas ou outros prestadores de serviços não credenciados pela Operadora do Plano de Saúde, quando os BENEFICIÁRIOS tiverem a sua disposição todos os serviços cobertos pelo plano de saúde e, voluntariamente, sem prévia autorização da OPERADORA, contratem outros profissionais ou serviços não credenciados ou não autorizados.

4.4. A OPERADORA será responsável por despesas de quaisquer serviços autorizados fora daqueles cobertos pelo rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

4.5. Todos os serviços incluídos na cobertura, e para os quais não haja ressalva expressa no contrato, serão fornecidos aos BENEFICIÁRIOS, sem interferência administrativa da Operadora do Plano de Saúde, mediante a exibição da carteira do plano de saúde acompanhada de documento de identificação com foto.

4.6. A OPERADORA deverá efetuar reembolso de consultas, exames e demais atendimentos de emergência e de urgência realizados por BENEFICIÁRIOS em viagem ou de passagem por outras cidades do território nacional, onde não seja possível o atendimento por médicos, clínicas e hospitais da rede assistencial credenciada;

4.6.1 A OPERADORA deverá realizar o reembolso de atendimento eletivo quando a especialidade não estiver credenciada no Município de Santa Maria-RS ou na região de abrangência do plano de saúde; ou, ainda, cujo tempo de espera ultrapasse o estabelecido pela ANS.

4.6.2. A solicitação de reembolso deverá ser protocolada junto à CONTRATADA/OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da emissão do recibo ou equivalente;

4.6.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA/OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

4.7. Fica expressamente vedada a cobrança de qualquer diferença adicional do previsto no termo de adesão contratual.

4.8. As despesas apresentadas pela Operadora do Plano de Saúde poderão ser questionadas pelos BENEFICIÁRIOS ou pelo IPASSP-SM, e, em caso dos valores cobrados estarem em desacordo com as especificações da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM vigente (atualizada), a Operadora do Plano de Saúde deverá, na fatura do mês subsequente, realizar o ressarcimento/abatimento/desconto de forma detalhada e inequívoca.

4.9. **Todos os estabelecimentos, equipamentos, materiais e insumos** utilizados na prestação dos serviços deverão estar perfeitamente adequados às normas técnicas e às exigências legais pertinentes.

FIM DO ANEXO

ANEXO IX

**ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO PLANO “SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO”
PLANO DE SAÚDE COMPLETO (ABULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA)**

1 – BENEFICIÁRIOS:

1.1) TITULARES:

a)	Servidor efetivo estatutário ativo e inativo;
b)	Servidor efetivo celetista ativo; e
c)	Pensionistas.

1.2) DEPENDENTES:

a)	Esposo(a), companheiro(a), em grau de união estável;
b)	Filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e
c)	Filhos menores de 24 anos, no estado civil solteiro, estudantes universitários sem renda própria.

1.3) PORTABILIDADE E PRAZOS DE CARÊNCIA:

a)	os prazos de carência são: a.1) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; a.2) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; a.3) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência. Obs.: os prazos de carência atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.
b)	as regras para portabilidade atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

1.4) CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO/CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE:

a)	a carteira deverá possuir prazo de validade, identificação completa do BENEFICIÁRIO e ser individualizada por titular e por dependente;
b)	a primeira via da carteira deverá ser fornecida pela OPERADORA em até 30 dias, sem custo/gratuita, nos seguintes casos: ingresso, reingresso, portabilidade/migração de plano, troca da validade da carteira e erro de impressão da carteira;
c)	a OPERADORA deverá entregar, na Gerência de Saúde do IPASSP-SM, os cartões/carteias embalados individualmente e com identificação nominal do titular, acompanhado, se for o caso, de seus dependentes;
d)	nenhum atendimento relacionado ao plano de saúde será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação/Carteira do BENEFICIÁRIO, acompanhado de documento de identidade do mesmo, exceto nos casos de urgência e emergência;
e)	o Cartão de Identificação/Carteira do plano de saúde é documento pessoal e intransferível do BENEFICIÁRIO;
f)	a utilização da carteira do plano de saúde por terceiros, com ou sem o consentimento do BENEFICIÁRIO de direito, tornará o servidor/pensionista, vinculado ao Município, responsável pelas despesas indevidamente efetuadas;
g)	no caso de extravio ou roubo da carteira do plano de saúde do titular ou do dependente, o servidor/pensionista deverá, imediatamente, comunicar o fato ao IPASSP-SM e à Operadora do Plano de Saúde, inclusive arcando com as despesas da emissão da 2ª (segunda) via da carteira. Cessa a responsabilidade do BENEFICIÁRIO a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação; e
h)	a exclusão ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual com o titular/dependente o servidor/pensionista obriga-se a recolher as carteiras do plano de saúde, respondendo, até a entrega ao IPASSP-SM, pelos custos operacionais decorrentes da sua utilização dentro de seu prazo de validade.

1.5) AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

a)	para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência;
b)	o pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA/OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador;
c)	os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA/OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID; e

d)	outros procedimentos operacionais poderão ser adotados pela OPERADORA, desde que, previamente, em tempo hábil, sejam comunicados ao IPASSP-SM e divulgados aos BENEFICIÁRIOS.
----	---

2 - BENEFÍCIOS E COBERTURAS:

2.1) CONSULTAS MÉDICAS:

a)	serão realizadas pela rede própria de profissionais ou, não existindo, pela rede referenciada.
a.1)	inicialmente serão realizadas, de segunda a domingo, inclusive feriados, pelo médico de família; e, somente caso seja necessário, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, pelo médico especialista;
a.1.1)	não será cobrada coparticipação da consulta com o especialista caso o encaminhamento ocorra pelo médico de família.
a.2)	serão realizadas, sempre que possível, nas instalações da rede própria ou, não existindo, em consultórios ou clínicas dos profissionais referenciados, no Município de Santa Maria/RS ou nos municípios da região de abrangência do plano de saúde;
a.3)	em casos especiais ou quando, na data de sua requisição, não estiver comprovadamente disponível no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência, deverá ser prestada ao BENEFICIÁRIO em outra localidade na qual exista serviço da mesma natureza e condições de cobertura do plano de saúde, hipótese na qual dependerá de prévia autorização da OPERADORA;
b)	manter credenciados, no mínimo, 3 (três) médicos em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, cardiologia, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, anesteologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, angiologia, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia, traumatologia e urologia;
c)	manter credenciados, no mínimo, 1 (um) médico para as seguintes especialidades: cirurgia cardiovascular, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, endoscopia, hematologia e hemoterapia, homeopatia, infectologia, mastologia, medicina do trabalho, medicina intensiva, medicina nuclear, nutrologia, patologia, radiologia e diagnóstico por imagem, radioterapia, bem como para as demais especialidades que surgirem, conforme regulamentos ou normas da ANS, durante a vigência do contrato de adesão;
d)	o valor da consulta médica será, no máximo, R\$ 50,00 (cinquenta reais); e
d.1)	o pagamento da consulta será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.2.) EXAMES ESPECIAIS (ALTO CUSTO) CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM OU QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA:

a)	serão prestados no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de utilização dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuados em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizados em clínicas ou laboratórios próprios ou referenciados pela Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizados, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou laboratórios não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde; e
c)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no percentual de 30% (trinta por cento) do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, em vigor na data da realização dos exames;
c.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.3) EXAMES COMPLEMENTARES (BAIXO CUSTO) CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM OU QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA:

a)	serão prestados no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de utilização dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuados em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

b)	serão realizados em clínicas ou laboratórios próprios ou referenciados pela Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizados, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou laboratórios não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde; e
c)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no percentual de 20% (vinte por cento) do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, em vigor na data da realização dos exames;
c.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.4) ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:

a)	serão prestados no pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou na rede hospitalar próprios, na área de cobertura do plano de saúde;
a.1)	serão prestados no pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou na rede hospitalar referenciada somente no caso de impossibilidade de atendimento na rede própria;
b)	serão considerados “procedimentos ambulatoriais” as pequenas cirurgias com anestesia local que necessitam, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que caracterize situação de internação; e
c)	não poderá ser cobrado nenhum custo do BENEFICIÁRIO durante o período de até 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial, estando incluídos materiais, exames, medicamentos e qualquer outro insumo ou serviço que se fizer necessário;
d)	a coparticipação do BENEFICIÁRIO será, no máximo, no valor de R\$ 10,00 para atendimentos sem uso de sala cirúrgica e de R\$ 50,00 para atendimentos com uso de sala cirúrgica.
e)	estão excluídos da cobertura do plano de saúde: a) os atendimentos odontológicos de todas as espécies.

2.5) TERAPIAS AMBULATORIAIS: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, NUTROLOGIA:

a)	serão prestadas por profissional da rede própria, com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	serão prestadas por profissional da rede referenciada somente no caso de impossibilidade de atendimento por profissional da rede própria;
a.2)	em casos de inexistência ou impossibilidade de prestação dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.3)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuadas em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizadas em clínicas ou rede hospitalar próprias;
b.1)	poderão ser realizadas, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou rede hospitalar referenciadas, somente no caso de impossibilidade de atendimento em clínica ou rede hospitalar próprias;
c)	serão realizadas, sem a coparticipação do BENEFICIÁRIO, nas 20 (vinte) primeiras sessões, por ano, a contar da data de inclusão do BENEFICIÁRIO;
d)	a partir da 21ª (vigésima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação corresponderá, no máximo, a 20% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la, em vigor na data da realização das sessões;
d.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à clínica ou ao profissional prestador do serviço; e
e)	o prazo de início e término do tratamento será de responsabilidade e a critério exclusivo do médico.

2.6) TERAPIAS AMBULATORIAIS: RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA E HEMODIÁLISE:

a)	serão prestadas por profissional da rede própria, com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	serão prestadas por profissional da rede referenciada somente no caso de impossibilidade de atendimento por profissional da rede própria;
a.2)	em casos de inexistência ou impossibilidade de prestação dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.3)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuadas em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizadas em clínicas ou rede hospitalar próprias;
b.1)	poderão ser realizadas, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou rede hospitalar referenciadas, somente no caso de impossibilidade de atendimento em clínica ou rede hospitalar próprias;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

c)	serão prestadas, sem a coparticipação do BENEFICIÁRIO, nas 10 (dez) primeiras sessões, por ano, a contar da data de inclusão do BENEFICIÁRIO;
d)	a partir da 11ª (décima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação corresponderá, no máximo, a 30% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la, em vigor na data da realização das sessões;
d.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à clínica ou ao profissional prestador do serviço; e
e)	o prazo de início e término do tratamento será de responsabilidade e a critério exclusivo do médico.

2.7) PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS:

a)	será prestado em dias úteis, fins de semana e feriados, no Município de Santa Maria/RS;
b)	compreenderá instalações, equipamentos e demais bens necessários à prestação dos serviços;
c)	possuirá capacidade plena para atender regularmente o potencial de BENEFICIÁRIOS do Plano de Saúde;
d)	manterá, no mínimo, 2 (dois) médicos de plantão; sendo 1 (um) médico com especialização comprovada em clínica médica e 1 (um) médico com especialização comprovada em pediatria; e
e)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para a consulta no pronto atendimento 24 horas;
f)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à unidade de pronto atendimento.

2.8) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL:

a)	será realizado por meio de serviços de pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou de serviços de urgência hospitalar e ambulatorial;
b)	será prestado em dias úteis, fins de semana e feriados, em todo território nacional;
c)	será realizado no município onde se encontrar o BENEFICIÁRIO, ou, na falta da prestação de serviço naquele município, será realizado no município mais próximo, nas mesmas condições de cobertura do plano, incluindo os serviços de deslocamento;
d)	contemplará a remoção de pacientes em todo o território nacional, com a cobertura total do plano de saúde, sem qualquer custo para o BENEFICIÁRIO.
d.1)	o BENEFICIÁRIO ou seu responsável, na necessidade de remoção, deverá realizar contato com a Operadora do Plano de Saúde, de forma a permitir que a mesma assuma a condução do processo de remoção;
e)	na hipótese do BENEFICIÁRIO necessitar de atendimento de urgência e emergência em localidade na qual não exista o serviço ou, mesmo existindo, não disponha de terapêutica necessária, terá o BENEFICIÁRIO do atendimento ou a pessoa que por ele fizer a despesa, direito a ressarcir-se dos seus custos, no prazo de 60(sessenta) dias, neles incluindo a remoção no território nacional, quando ficar caracterizado, a pedido do médico assistente, a falta de recursos para a continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO;
e.1)	as despesas e os valores de ressarcimento serão aqueles fixados na tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, ou na falta, pelos valores de mercado;
e.2)	o pedido de reembolso pelo BENEFICIÁRIO será instruído mediante a apresentação dos recibos originais de despesa, cópias do relatório médico que contenha a descrição do diagnóstico e do procedimento recomendado e, quando for o caso, cópia dos laudos dos exames realizados;
f)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para a consulta no atendimento de urgência e emergência;
f.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à prestadora do serviço de urgência e emergência; e
g)	considerar incluído no valor da coparticipação da consulta os exames de diagnose e terapia realizados durante o atendimento da urgência ou emergência.

2.9) SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SOS:

a)	deverão ser prestados no perímetro urbano, dentro dos limites estabelecidos na legislação municipal de Santa Maria/RS, sem custo para o BENEFICIÁRIO.
----	---

2.10) INTERNACAO EM SANTA MARIA OU, A CRITÉRIO MÉDICO, EM OUTRA LOCALIDADE:

a)	as internações serão realizadas a partir da data da requisição médica, exceto no caso de urgência ou emergência, em que a internação deverá ser imediata;
b)	a hospitalização dar-se-á em hospital da rede própria que deverá ter capacidade de realizar todos os exames especiais, complementares e outros de competência da rede hospitalar;
b.1)	a hospitalização dar-se-á em hospital da rede referenciada somente quando não houver capacidade de atendimento na rede hospitalar própria;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

c)	o prazo de internação do BENEFICIÁRIO, tanto em quarto coletivo quanto em unidade de tratamento intensivo-UTI, ficará a critério do médico responsável pela internação;
d)	as acomodações serão em quarto semiprivativo com até 2 (dois) leitos;
e)	BENEFICIÁRIOS com idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos e menores com idade igual ou inferior a 12 (doze) anos terão direito a 1 (um) acompanhante. Nos demais casos, será permitido acompanhante a critério do médico ou da equipe hospitalar;
f)	na falta de quarto semiprivativo até 2 (dois) leitos, o BENEFICIÁRIO deverá ser acomodado em quarto privativo, garantida todas as condições de cobertura do plano de saúde sem qualquer custo adicional;
g)	o centro de tratamento intensivo (CTI), o centro de tratamento intensivo neonatal e o serviço de medicina nuclear deverão estar incluídos na cobertura do plano de saúde; e
h)	será cobrada taxa de internação (clínica ou cirúrgica) no valor máximo de R\$ 300,00 por evento, independentemente do número de dias de hospitalização;
h.1)	não poderá ser cobrado nenhum outro custo do BENEFICIÁRIO durante o período da internação, estando incluídos materiais, exames, medicamentos e qualquer outro insumo ou serviço que se fizer necessário.

3 – INFRAESTRUTURA (REDE PRÓPRIA OU REFERENCIADA):

3.1) HOSPITAIS, LABORATÓRIOS, CLÍNICAS, ETC.

a)	possuir o número de hospitais, maternidades, laboratórios e clínicas, próprios ou referenciados, suficientes para atender ao quantitativo estimado de BENEFICIÁRIOS, a saber:
a.1)	2 (dois) hospitais credenciados em Santa Maria/RS, ambos com unidades de Pronto Socorro, que possam assegurar atendimento de qualidade ao número de potenciais usuários dos planos de saúde, devendo possuir: a.1) quarto semiprivativo com até 2 (dois) leitos ou quarto privativo; a.2) centro cirúrgico; a.3) Unidade de Tratamento Intensivo-UTI para adultos; a.4) Unidade de Tratamento Intensivo-UTI neonatal.
a.2)	unidades de Fisioterapia em Santa Maria/RS;
a.3)	estabelecimentos para exames laboratoriais de análises clínicas em Santa Maria/RS;
a.4)	estabelecimentos de Centro de Diagnóstico em Santa Maria/RS;
b)	providenciar, em até 30 (trinta) dias da solicitação pelo IPASSP-SM, novos credenciamentos, se a quantidade de hospitais, clínicas e laboratórios não for suficiente para as necessidades de atendimento aos BENEFICIÁRIOS; e
c)	fornecer a relação de hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios, centros radiológicos, etc., em sítios eletrônicos (sites na internet), com informações atualizadas, de toda rede credenciada para fins de cada uma das modalidades de planos.

3.2) REDE DE MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

a)	possuir número de médicos, próprios ou referenciados, suficientes para atender os prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Complementar-ANS e, bem como, suas alterações posteriores;
b)	providenciar, em até 30 (trinta) dias da solicitação pelo IPASSP-SM, novos credenciamentos, se a quantidade de médicos e outros profissionais da área da saúde não forem suficientes para as necessidades de atendimento aos BENEFICIÁRIOS; e
c)	fornecer a relação de profissionais credenciados (próprios ou referenciados), referentes as especialidades previstas no Termo de Referência, em sítios eletrônicos (sites na internet), com informações atualizadas, de toda rede credenciada para fins de cada uma das modalidades de planos.

3.3) TRANSPORTE

a)	fornecer transporte pré-hospitalar em unidades móveis devidamente equipadas, nos padrões simples e UTI, em território nacional, motivado por evento coberto pelo contrato e efetuado via terrestre ou aérea para a unidade hospitalar credenciada/referenciada, quando a ocorrência assim exigir.
----	---

3.4) CENTRAL DE ATENDIMENTO

a)	possuir Central de Atendimento funcionando 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, com pessoas habilitadas para informar sobre locais para a realização de exame laboratorial especializado ou complementar, atendimento de urgência e/ou emergência em pronto socorro ou hospital, autorização para a realização de procedimentos cirúrgicos em hospitais, consultórios/ambulatórios e clínicas, internação de urgência e/ou emergência, serviços de remoção em unidades móveis no território nacional, reembolso de despesas, bem como liberação de exames e procedimentos solicitados pelos médicos, clínicas e laboratórios credenciados.
----	---

4 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 4.1. A OPERADORA deverá seguir rigorosamente as exigências mínimas da prestação dos serviços, atendendo as determinações da Lei nº 9.656/98, suas alterações e regulamentações.
- 4.2. A OPERADORA deverá considerar para fim de atender o objeto da contratação, no mínimo, o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS e suas alterações.
- 4.3. A OPERADORA deverá assumir, no primeiro dia de operação, todos os atendimentos iniciados e em andamento, bem como todas as despesas incorridas a partir do início da contratação e decorrentes de eventual continuidade de atendimento, por impossibilidade de remoção ou transferência do paciente.
- 4.4. A cobertura estabelecida no contrato de adesão não alcança despesas e pagamentos junto a médicos, profissionais, laboratórios, clínicas ou outros prestadores de serviços não credenciados pela Operadora do Plano de Saúde, quando os BENEFICIÁRIOS tiverem a sua disposição todos os serviços cobertos pelo plano de saúde e, voluntariamente, sem prévia autorização da OPERADORA, contratem outros profissionais ou serviços não credenciados ou não autorizados.
- 4.5. A OPERADORA será responsável por despesas de quaisquer serviços autorizados fora daqueles cobertos pelo rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.
- 4.6. Todos os serviços incluídos na cobertura, e para os quais não haja ressalva expressa no contrato, serão fornecidos aos BENEFICIÁRIOS, sem interferência administrativa da Operadora do Plano de Saúde, mediante a exibição da carteira do plano de saúde acompanhada de documento de identificação com foto.
- 4.7. A OPERADORA deverá efetuar reembolso de consultas, exames e demais atendimentos de emergência e de urgência realizados por BENEFICIÁRIOS em viagem ou de passagem por outras cidades do território nacional, onde não seja possível o atendimento por médicos, clínicas e hospitais da rede assistencial credenciada;
- 4.7.1 A OPERADORA deverá realizar o reembolso de atendimento eletivo quando a especialidade não estiver credenciada no Município de Santa Maria-RS ou na região de abrangência do plano de saúde; ou, ainda, cujo tempo de espera ultrapasse o estabelecido pela ANS.
- 4.7.2. A solicitação de reembolso deverá ser protocolada junto à CONTRATADA/OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da emissão do recibo ou equivalente;
- 4.7.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA/OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.
- 4.8. Fica expressamente vedada a cobrança de qualquer diferença adicional do previsto no termo de adesão contratual.
- 4.9. As despesas apresentadas pela Operadora do Plano de Saúde poderão ser questionadas pelos BENEFICIÁRIOS ou pelo IPASSP-SM, e, em caso dos valores cobrados estarem em desacordo com as especificações da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM vigente (atualizada), a Operadora do Plano de Saúde deverá, na fatura do mês subsequente, realizar o ressarcimento/abatimento/desconto de forma detalhada e inequívoca.
- 4.10. **Todos os estabelecimentos, equipamentos, materiais e insumos** utilizados na prestação dos serviços deverão estar perfeitamente adequados às normas técnicas e às exigências legais pertinentes.

FIM DO ANEXO

ANEXO X

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO PLANO “SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO”

PLANO DE SAÚDE PARCIAL (ABULATORIAL)

1 – BENEFICIÁRIOS:

1.1) TITULARES:

a)	Servidor efetivo estatutário ativo e inativo;
b)	Servidor efetivo celetista ativo; e
c)	Pensionistas.

1.2) DEPENDENTES:

a)	Esposo(a), companheiro(a), em grau de união estável;
b)	Filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e
c)	Filhos menores de 24 anos, no estado civil solteiro, estudantes universitários sem renda própria.

1.3) PORTABILIDADE E PRAZOS DE CARÊNCIA:

a)	os prazos de carência são: a.1) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; a.2) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; a.3) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência. Obs.: os prazos de carência atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.
b)	as regras para portabilidade atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

1.4) CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO/CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE:

a)	a carteira deverá possuir prazo de validade, identificação completa do BENEFICIÁRIO e ser individualizada por titular e por dependente;
b)	a primeira via da carteira deverá ser fornecida pela OPERADORA em até 30 dias, sem custo/gratuita, nos seguintes casos: ingresso, reingresso, portabilidade/migração de plano, troca da validade da carteira e erro de impressão da carteira;
c)	a OPERADORA deverá entregar, na Gerência de Saúde do IPASSP-SM, os cartões/carteias embalados individualmente e com identificação nominal do titular, acompanhado, se for o caso, de seus dependentes;
d)	nenhum atendimento relacionado ao plano de saúde será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação/Carteira do BENEFICIÁRIO, acompanhado de documento de identidade do mesmo, exceto nos casos de urgência e emergência;
e)	o Cartão de Identificação/Carteira do plano de saúde é documento pessoal e intransferível do BENEFICIÁRIO;
f)	a utilização da carteira do plano de saúde por terceiros, com ou sem o consentimento do BENEFICIÁRIO de direito, tornará o servidor/pensionista, vinculado ao Município, responsável pelas despesas indevidamente efetuadas;
g)	no caso de extravio ou roubo da carteira do plano de saúde do titular ou do dependente, o servidor/pensionista deverá, imediatamente, comunicar o fato ao IPASSP-SM e à Operadora do Plano de Saúde, inclusive arcando com as despesas da emissão da 2ª (segunda) via da carteira. Cessa a responsabilidade do BENEFICIÁRIO a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação; e
h)	a exclusão ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual com o titular/dependente o servidor/pensionista obriga-se a recolher as carteiras do plano de saúde, respondendo, até a entrega ao IPASSP-SM, pelos custos operacionais decorrentes da sua utilização dentro de seu prazo de validade.

1.5) AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS:

a)	para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência;
b)	o pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA/OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador;
c)	os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA/OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID; e



d)	outros procedimentos operacionais poderão ser adotados pela OPERADORA, desde que, previamente, em tempo hábil, sejam comunicados ao IPASSP-SM e divulgados aos BENEFICIÁRIOS.
----	---

2 - BENEFÍCIOS E COBERTURAS:

2.1) CONSULTAS MÉDICAS:

a)	serão realizadas pela rede própria de profissionais ou, não existindo, pela rede referenciada.
a.1)	inicialmente serão realizadas, de segunda a domingo, inclusive feriados, pelo médico de família; e, somente caso seja necessário, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, pelo médico especialista;
a.1.1)	não será cobrada coparticipação da consulta com o especialista caso o encaminhamento ocorra pelo médico de família.
a.2)	serão realizadas, sempre que possível, nas instalações da rede própria ou, não existindo, em consultórios ou clínicas dos profissionais referenciados, no Município de Santa Maria/RS ou nos municípios da região de abrangência do plano de saúde;
a.3)	em casos especiais ou quando, na data de sua requisição, não estiver comprovadamente disponível no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência, deverá ser prestada ao BENEFICIÁRIO em outra localidade na qual exista serviço da mesma natureza e condições de cobertura do plano de saúde, hipótese na qual dependerá de prévia autorização da OPERADORA;
b)	manter credenciados, no mínimo, 3 (três) médicos em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, cardiologia, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, anesteologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, angiologia, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia, traumatologia e urologia;
c)	manter credenciados, no mínimo, 1 (um) médico para as seguintes especialidades: cirurgia cardiovascular, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, endoscopia, hematologia e hemoterapia, homeopatia, infectologia, mastologia, medicina do trabalho, medicina intensiva, medicina nuclear, nutrologia, patologia, radiologia e diagnóstico por imagem, radioterapia, bem como para as demais especialidades que surgirem, conforme regulamentos ou normas da ANS, durante a vigência do contrato de adesão;
d)	o valor da consulta médica será, no máximo, R\$ 50,00 (cinquenta reais); e
d.1)	o pagamento da consulta será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.2.) EXAMES ESPECIAIS (ALTO CUSTO) CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM OU QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA:

a)	serão prestados no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de utilização dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuados em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizados em clínicas ou laboratórios próprios ou referenciados pela Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizados, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou laboratórios não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde; e
c)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no percentual de 30% (trinta por cento) do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, em vigor na data da realização dos exames;
c.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.3) EXAMES COMPLEMENTARES (BAIXO CUSTO) CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM OU QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA:

a)	serão prestados no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	em casos de inexistência ou impossibilidade de utilização dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.2)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuados em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

b)	serão realizados em clínicas ou laboratórios próprios ou referenciados pela Operadora do Plano de Saúde;
b.1)	poderão ser realizados, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou laboratórios não credenciados, desde que, por motivo justificado e previamente autorizado pela Operadora do Plano de Saúde; e
c)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no percentual de 20% (vinte por cento) do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, em vigor na data da realização dos exames;
c.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto ao profissional prestador do serviço.

2.4) ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:

a)	serão prestados no pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou na rede hospitalar próprios, na área de cobertura do plano de saúde;
a.1)	serão prestados no pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou na rede hospitalar referenciada somente no caso de impossibilidade de atendimento na rede própria;
b)	serão considerados “procedimentos ambulatoriais” as pequenas cirurgias com anestesia local que necessitam, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que caracterize situação de internação; e
c)	não poderá ser cobrado nenhum custo do BENEFICIÁRIO durante o período de até 12 (doze) horas da internação ambulatorial ou enquanto não se caracterizar situação de internação, estando incluídos materiais, exames, medicamentos e qualquer outro insumo ou serviço que se fizer necessário;
d)	a coparticipação do BENEFICIÁRIO será, no máximo, no valor de R\$ 10,00 para atendimentos sem uso de sala cirúrgica e de R\$ 50,00 para atendimentos com uso de sala cirúrgica.
e)	Estão excluídos da cobertura do plano de saúde: a) os atendimentos odontológicos de todas as espécies; b) as internações hospitalares.

2.5) TERAPIAS AMBULATORIAIS: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, NUTROLOGIA:

a)	serão prestadas por profissional da rede própria, com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	serão prestadas por profissional da rede referenciada somente no caso de impossibilidade de atendimento por profissional da rede própria;
a.2)	em casos de inexistência ou impossibilidade de prestação dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.3)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuadas em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizadas em clínicas ou rede hospitalar próprias;
b.1)	poderão ser realizadas, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou rede hospitalar referenciadas, somente no caso de impossibilidade de atendimento em clínica ou rede hospitalar próprias;
c)	serão realizadas, sem a coparticipação do BENEFICIÁRIO, nas 20 (vinte) primeiras sessões, por ano, a contar da data de inclusão do BENEFICIÁRIO;
d)	a partir da 21ª (vigésima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação corresponderá, no máximo, a 20% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la, em vigor na data da realização das sessões;
d.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à clínica ou ao profissional prestador do serviço; e
e)	o prazo de início e término do tratamento será de responsabilidade e a critério exclusivo do médico.

2.6) TERAPIAS AMBULATORIAIS: RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA E HEMODIÁLISE:

a)	serão prestadas por profissional da rede própria, com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria/RS ou na região de abrangência do plano de saúde;
a.1)	serão prestadas por profissional da rede referenciada somente no caso de impossibilidade de atendimento por profissional da rede própria;
a.2)	em casos de inexistência ou impossibilidade de prestação dos serviços no município ou na região de abrangência do plano de saúde, a critério médico e prévia autorização da OPERADORA, o serviço deverá ser prestado em outra localidade, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, incluindo os custos de deslocamento;
a.3)	em situações especiais, a pedido do BENEFICIÁRIO e prévia autorização da OPERADORA, serão efetuadas em outra localidade (fora da região de abrangência do plano de saúde), nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, não incluindo os custos de deslocamento;
b)	serão realizadas em clínicas ou rede hospitalar próprias;



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

b.1)	poderão ser realizadas, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde, em clínicas ou rede hospitalar referenciadas, somente no caso de impossibilidade de atendimento em clínica ou rede hospitalar próprias;
c)	serão prestadas, sem a coparticipação do BENEFICIÁRIO, nas 10 (dez) primeiras sessões, por ano, a contar da data de inclusão do BENEFICIÁRIO;
d)	a partir da 11ª (décima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação corresponderá, no máximo, a 30% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la, em vigor na data da realização das sessões;
d.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à clínica ou ao profissional prestador do serviço; e
e)	o prazo de início e término do tratamento será de responsabilidade e a critério exclusivo do médico.

2.7) PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS:

a)	será prestado em dias úteis, fins de semana e feriados, no Município de Santa Maria/RS;
b)	compreenderá instalações, equipamentos e demais bens necessários à prestação dos serviços;
c)	possuirá capacidade plena para atender regularmente o potencial de BENEFICIÁRIOS do Plano de Saúde;
d)	manterá, no mínimo, 2 (dois) médicos de plantão; sendo 1 (um) médico com especialização comprovada em clínica médica e 1 (um) médico com especialização comprovada em pediatria; e
e)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para a consulta no pronto atendimento 24 horas;
f)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à unidade de pronto atendimento.

2.8) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL:

a)	será realizado por meio de serviços de pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou de serviços de urgência hospitalar e ambulatorial;
b)	será prestado em dias úteis, fins de semana e feriados, em todo território nacional;
c)	será realizado no município onde se encontrar o BENEFICIÁRIO, ou, na falta da prestação de serviço naquele município, será realizado no município mais próximo, nas mesmas condições de cobertura do plano, incluindo os serviços de deslocamento;
d)	contemplará a remoção de pacientes em todo o território nacional, com a cobertura total do plano de saúde, sem qualquer custo para o BENEFICIÁRIO.
d.1)	o BENEFICIÁRIO ou seu responsável, na necessidade de remoção, deverá realizar contato com a Operadora do Plano de Saúde, de forma a permitir que a mesma assuma a condução do processo de remoção;
e)	na hipótese do BENEFICIÁRIO necessitar de atendimento de urgência e emergência em localidade na qual não exista o serviço ou, mesmo existindo, não disponha de terapêutica necessária, terá o BENEFICIÁRIO do atendimento ou a pessoa que por ele fizer a despesa, direito a ressarcir-se dos seus custos, no prazo de 60(sessenta) dias, neles incluindo a remoção no território nacional, quando ficar caracterizado, a pedido do médico assistente, a falta de recursos para a continuidade de atenção ao BENEFICIÁRIO;
e.1)	as despesas e os valores de ressarcimento serão aqueles fixados na tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, ou na falta, pelos valores de mercado;
e.2)	o pedido de reembolso pelo BENEFICIÁRIO será instruído mediante a apresentação dos recibos originais de despesa, cópias do relatório médico que contenha a descrição do diagnóstico e do procedimento recomendado e, quando for o caso, cópia dos laudos dos exames realizados;
f)	a coparticipação dos BENEFICIÁRIOS será, no máximo, no valor de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para a consulta no atendimento de urgência e emergência;
f.1)	o pagamento da coparticipação será de responsabilidade exclusiva do BENEFICIÁRIO junto à prestadora do serviço de urgência e emergência; e
g)	considerar incluído no valor da coparticipação da consulta os exames de diagnose e terapia realizados durante o atendimento da urgência ou emergência.

2.9) SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SOS:

a)	deverão ser prestados no perímetro urbano, dentro dos limites estabelecidos na legislação municipal de Santa Maria/RS, sem custo para o BENEFICIÁRIO.
----	---

3 – INFRAESTRUTURA (REDE PRÓPRIA OU REFERENCIADA):

3.1) LABORATÓRIOS, CLÍNICAS, ETC.

a)	possuir o número de laboratórios e clínicas, próprios ou referenciados, suficientes para atender ao quantitativo estimado de BENEFICIÁRIOS, a saber:
a.1)	unidades de Fisioterapia em Santa Maria/RS;

a.2)	estabelecimentos para exames laboratoriais de análises clínicas em Santa Maria/RS;
a.3)	estabelecimentos de Centro de Diagnóstico em Santa Maria/RS;
b)	providenciar, em até 30 (trinta) dias da solicitação pelo IPASSP-SM, novos credenciamentos, se a quantidade de clínicas e laboratórios não for suficiente para as necessidades de atendimento aos BENEFICIÁRIOS; e
c)	fornecer a relação de clínicas, laboratórios, centros radiológicos, etc., em sítios eletrônicos (sites na internet), com informações atualizadas, de toda rede credenciada para fins de cada uma das modalidades de planos.

3.2) REDE DE MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

a)	possuir número de médicos, próprios ou referenciados, suficientes para atender os prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Complementar-ANS e, bem como, suas alterações posteriores;
b)	providenciar, em até 30 (trinta) dias da solicitação pelo IPASSP-SM, novos credenciamentos, se a quantidade de médicos e outros profissionais da área da saúde não forem suficientes para as necessidades de atendimento aos BENEFICIÁRIOS; e
c)	fornecer a relação de profissionais credenciados (próprios e referenciados), referentes as especialidades previstas no Termo de Referência, em sítios eletrônicos (sites na internet), com informações atualizadas, de toda rede credenciada para fins de cada uma das modalidades de planos.

3.3) TRANSPORTE

a)	fornecer transporte em unidades móveis devidamente equipadas, nos padrões simples e UTI, em território nacional, motivado por evento coberto pelo contrato e efetuado via terrestre ou aérea para a unidade de atendimento credenciada/referenciada, quando a ocorrência assim exigir.
----	--

3.4) CENTRAL DE ATENDIMENTO

a)	possuir Central de Atendimento funcionando 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, com pessoas habilitadas para informar sobre locais para a realização de exame laboratorial especializado ou complementar, atendimento de urgência e/ou emergência em pronto socorro, autorização para a realização de procedimentos cirúrgicos em consultórios/ambulatórios e clínicas, serviços de urgência e/ou emergência, serviços de remoção em unidades móveis no território nacional, reembolso de despesas, bem como liberação de exames e procedimentos solicitados pelos médicos, clínicas e laboratórios credenciados.
----	--

4 – DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. A OPERADORA deverá seguir rigorosamente as exigências mínimas da prestação dos serviços, atendendo as determinações da Lei nº 9.656/98, suas alterações e regulamentações.

4.2. A OPERADORA deverá considerar para fim de atender o objeto da contratação, no mínimo, o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS e suas alterações.

4.3. A cobertura estabelecida no contrato de adesão não alcança despesas e pagamentos junto a médicos, profissionais, laboratórios, clínicas ou outros prestadores de serviços não credenciados pela Operadora do Plano de Saúde, quando os BENEFICIÁRIOS tiverem a sua disposição todos os serviços cobertos pelo plano de saúde e, voluntariamente, sem prévia autorização da OPERADORA, contratem outros profissionais ou serviços não credenciados ou não autorizados.

4.4. A OPERADORA será responsável por despesas de quaisquer serviços autorizados fora daqueles cobertos pelo rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

4.5. Todos os serviços incluídos na cobertura, e para os quais não haja ressalva expressa no contrato, serão fornecidos aos BENEFICIÁRIOS, sem interferência administrativa da Operadora do Plano de Saúde, mediante a exibição da carteira do plano de saúde acompanhada de documento de identificação com foto.

4.6. A OPERADORA deverá efetuar reembolso de consultas, exames e demais atendimentos de emergência e de urgência realizados por BENEFICIÁRIOS em viagem ou de passagem por outras cidades do território nacional, onde não seja possível o atendimento por médicos, clínicas e hospitais da rede assistencial credenciada;

4.6.1 A OPERADORA deverá realizar o reembolso de atendimento eletivo quando a especialidade não estiver credenciada no Município de Santa Maria-RS ou na região de abrangência do plano de saúde; ou, ainda, cujo tempo de espera ultrapasse o estabelecido pela ANS.

4.6.2. A solicitação de reembolso deverá ser protocolada junto à CONTRATADA/OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da emissão do recibo ou equivalente;

4.6.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA/OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

4.7. Fica expressamente vedada a cobrança de qualquer diferença adicional do previsto no termo de adesão contratual.



4.8. As despesas apresentadas pela Operadora do Plano de Saúde poderão ser questionadas pelos BENEFICIÁRIOS ou pelo IPASSP-SM, e, em caso dos valores cobrados estarem em desacordo com as especificações da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM vigente (atualizada), a Operadora do Plano de Saúde deverá, na fatura do mês subsequente, realizar o ressarcimento/abatimento/desconto de forma detalhada e inequívoca.

4.9. **Todos os estabelecimentos, equipamentos, materiais e insumos** utilizados na prestação dos serviços deverão estar perfeitamente adequados às normas técnicas e às exigências legais pertinentes.

FIM DO ANEXO

ANEXO XI

MODELO DE CONTRATO DE ADEÇÃO AO PLANO “PRINCIPAL” COMPLETO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Contrato de adesão à Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, _____, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na _____, n.º _____, bairro _____, Santa Maria/RS, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, Registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS n.º _____ e, de outro, como BENEFICIÁRIO TITULAR/DEPENDENTE, _____, inscrito no CPF n.º _____, residente no endereço _____.

CLÁUSULA I – OBJETO

1.1.O presente contrato de adesão tem por objeto a participação em Plano Privado de Assistência à Saúde, em regime coletivo, para os servidores públicos municipais e seus dependentes, com assistência à saúde ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, compreendendo:

- a)consultas;
- b)os serviços de internação, incluindo obstetrícia;
- c)procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, por meio de atendimento ambulatorial;
- d)atendimentos de urgência e emergência; e
- e)exames, diagnósticos, terapias e procedimentos elencados no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

1.2.O plano de saúde contratado possui a descrição seguinte:

NOME COMERCIAL DO PRODUTO: PLANO _____
NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: _____
TIPO DE CONTRATAÇÃO: COLETIVO
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: NACIONAL
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: Grupo de Municípios, conforme relacionados a seguir: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaára, Ivorá, Jaguari, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Restinga Seca, Santa Margarida do Sul, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São Gabriel, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul.
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: coletiva em acomodação semiprivativa em quarto com no máximo 2 (dois) leitos.

1.3.Os beneficiários terão direito a escolher dentre os estabelecimentos e os profissionais da rede própria ou referenciada da Operadora do plano de saúde.

1.4.Havendo indisponibilidade de profissionais ou de atendimento em estabelecimentos próprios ou referenciados pela CONTRATADA/OPERADORA, o ônus do encaminhamento à outro local, fora da rede de serviço, será de responsabilidade da operadora, nas mesmas ou superior condições da modalidade de plano em que o BENEFICIÁRIO está cadastrado, sem ônus adicional.

CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1.Podem ser inscritos no plano como BENEFICIÁRIOS Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com o CONTRATANTE/IPASSP-SM:

- a)servidor efetivo estatutário ativo e inativo;
- b)servidor efetivo celetista ativo; e
- c)pensionista.

2.2. O cadastramento de **BENEFICIÁRIOS TITULARES** dependerá da apresentação de:

- a)Certidão de Nascimento ou RG. Também serão aceitos outros documentos oficiais com fotografia, tais como: Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Trabalho, Carteira de Registro Profissional, entre outros;

b)CPF (somente se não estiver inserido nos documentos citados acima); e

c)Comprovante de Endereço (atualizado dos últimos três meses).

2.3.Podem ser inscritos pelo Titular como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas:

a) O esposo(a) ou companheiro(a) em grau de união estável;

b) Os filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e

c) Os filhos menores de 24 anos na condição solteiro e estudante universitário sem renda própria;

2.4.Os **BENEFICIÁRIOS** dependentes deverão comprovar ao IPASSP-SM o vínculo de dependência, conforme o disposto nos § 1º, § 2º e § 3º do art. 2º da Lei Municipal nº 4.992/2007 e suas alterações, que assim dispõe:

§ 1º. Para comprovar o grau de dependência de que trata a letra “a”, o servidor deverá apresentar a certidão de casamento e anexar cópia ao contrato de adesão ao Fundo de Assistência à Saúde ou anexar os documentos que atestem a existência de união estável, de acordo com o previsto na área previdenciária.

§ 2º. A comprovação dos filhos menores de 18 anos e filhos inválidos de qualquer idade deverá ser feita mediante apresentação da certidão de nascimento, com cópia para o Instituto e, no caso dos filhos inválidos, estes deverão ser submetidos à perícia médica do IPASSP-SM.

§ 3º. Para comprovação dos filhos menores de 24 anos e universitários, o servidor deverá, no ato da solicitação, apresentar certidão de nascimento do filho, cuja cópia deverá ser anexada ao contrato de adesão juntamente com o atestado de matrícula do curso superior em nível de graduação, do documento que comprove dependência econômica em relação ao servidor, devendo, ainda, semestralmente, apresentar atestado de frequência na Instituição de Ensino superior.

2.5.A adesão dos **BENEFICIÁRIOS** dependentes dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.6.O IPASSP-SM manterá e disponibilizará consulta aos documentos sempre que requerido pela Operadora do Plano de Saúde.

2.7.O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, respeitadas as respectivas diretrizes de utilização, não sendo admitidas quaisquer tipos de limitações nas coberturas garantidas pelas referidas normas.

CLÁUSULA III – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1.A **CONTRATADA/OPERADORA** assegurará aos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS vigentes à época do evento.

3.2.A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.3.Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.4.A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

3.5.Todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1.Ficarão excluídas da cobertura as assistências previstas na Lei nº 9.656, de 1998, suas alterações e nas demais legislação pertinente.

4.2.É facultada aos **BENEFICIÁRIOS** a utilização de instalações hospitalares e serviços não acordados, desde que assumam todas as responsabilidades, pecuniárias ou não, junto a entidades hospitalares, médicos e serviços auxiliares, decorrente dessa utilização;

4.3. Os BENEFICIÁRIOS serão os únicos responsáveis por despesas de quaisquer serviços realizados **fora** daqueles cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, e que não estejam autorizados pela CONTRATADA/OPERADORA.

CLÁUSULA V – VIGÊNCIA DO CONTRATO DE ADESÃO

5.1. A vigência do contrato de adesão entre BENEFICIÁRIO e OPERADORA será por tempo indeterminado durante a vigência do contrato entre o CONTRATANTE/IPASSP-SM e a OPERADORA.

5.2. A início ou o término do contrato de adesão dar-se-á a qualquer tempo desde que respeitadas as regras e normas estabelecidas entre as partes.

CLÁUSULA VI – PORTABILIDADE E PRAZOS DE CARÊNCIA

6.1. Os prazos de carência são:

- a.1) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- a.2) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- a.3) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

6.1.1. Os prazos de carência atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

6.2. As regras para portabilidade atenderão as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. O BENEFICIÁRIO deverá informar à CONTRATADA/OPERADORA, quando expressamente solicitado, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato.

7.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. A CONTRATADA/OPERADORA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

CLÁUSULA IX – REMOÇÃO

9.1. Será garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, a ser caracterizada em declaração do médico assistente, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

9.2. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

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

II - para uma unidade hospitalar, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver a necessidade de internação.

9.3. A CONTRATADA/OPERADORA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, sendo sua responsabilidade sobre o paciente.

CLÁUSULA X – REEMBOLSO

10.1. A solicitação de reembolso deverá ser protocolada junto à CONTRATADA/OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da emissão do recibo ou equivalente.

10.2. Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes de consultas, exames e demais atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

10.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação

completa pela CONTRATADA/OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA XI – MECANISMO DE REGULAÇÃO

11.1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

11.1.1. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do BENEFICIÁRIO fornecido e expedido pela CONTRATADA/OPERADORA para os BENEFICIÁRIOS cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

11.1.2. O BENEFICIÁRIO, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA/OPERADORA, arcando com as despesas da confecção de outra via. Cessa a responsabilidade do BENEFICIÁRIO a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

11.2. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

11.2.1. Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

11.2.2. O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA/OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador.

11.2.3. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA/OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

11.3. DA JUNTA MÉDICA

11.3.1. A CONTRATADA/OPERADORA garante, no caso de situações de divergência médica, a resolução do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

11.3.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo BENEFICIÁRIO pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA/OPERADORA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.

11.3.3. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

11.4. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

11.4.1. A utilização dos serviços será por intermédio do acesso direto dos BENEFICIÁRIOS à ampla rede de profissionais e serviços próprios da operadora e seus credenciados (contratados, cooperados ou referenciados, etc.).

11.4.1.1. É vedada aos BENEFICIÁRIOS a livre escolha de profissionais ou serviços fora da rede ofertada, à exceção dos casos de atendimentos de urgência e emergência, ou quando não for possível a utilização dos serviços da CONTRATADA/OPERADORA, nos termos da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11.4.2. Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados, em pront-socorros e/ou hospitais credenciados de alta complexidade.

11.4.3. O plano permitirá ao BENEFICIÁRIO a livre e direta escolha dos profissionais da rede própria ou credenciada, independente da especialidade.

11.4.4. Será fornecida ao BENEFICIÁRIO uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA/OPERADORA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos.

11.4.5. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA/OPERADORA terá suas atualizações disponíveis na sede da CONTRATADA/OPERADORA, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

CLÁUSULA XII – PREÇO MENSAL E CO-PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

12.1. Os BENEFICIÁRIOS serão responsáveis pelo pagamento integral do plano de saúde por meio de desconto mensal em folha de pagamento.

12.1.1. O valor mensal será de R\$ _____

12.2. Os BENEFICIÁRIOS contribuirão com as seguintes **coparticipações**:

- a) **consulta médica eletiva**: R\$ _____;
- b) **consulta médica em Pronto Atendimento**: R\$ _____;
- c) **exames complementares/baixa complexidade (%)**: 20% do valor do exame;
- d) **exames especiais/alta complexidade (%)**: 30% do valor do exame;
- e) **terapias/baixo custo (fisioterapia, psicologia, etc.)**: 20% do valor da sessão, a partir da 21ª sessão;
- f) **terapias/alto custo (radioterapia, quimioterapia e hemodiálise)**: 30% do valor da sessão, a partir da 11ª sessão.

CLÁUSULA XIII – REAJUSTE

13.1. 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 Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, apurado pelo IBGE. Este será apurado no período de 12 meses, consecutivos, em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

13.2. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante aditivo contratual.

13.3. 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.

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

13.5. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 e suas alterações.

13.6. Os reajustes efetuados serão comunicados pela CONTRATADA/OPERADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA XIV - FAIXAS ETÁRIAS

14.1. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores vigentes, conforme tabela a seguir:

FAIXA ETÁRIA	PREÇO MENSALIDADE
De 00 até 18 anos	
De 19 até 23 anos	
De 24 até 28 anos	
De 29 até 33 anos	
De 34 até 38 anos	
De 39 até 43 anos	
De 44 até 48 anos	
De 49 até 53 anos	
De 54 até 58 anos	
Acima de 58 anos	

CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1. A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO poderá ocorrer nas seguintes situações:

15.1.1. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM;
- c) fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.1.2. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista deste contrato;
- b) a pedido do BENEFICIÁRIO titular;
- c) quando da perda da qualidade de BENEFICIÁRIO pelo titular;

d) fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.2. Caberá tão-somente à pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM solicitar a suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS junto à CONTRATADA/OPERADORA, o que ocorrerá de ofício ou a pedido do BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA XVI – RESCISÃO

16.1. O atraso no pagamento da mensalidade pela CONTRATANTE/IPASSP-SM, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

16.2. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE/IPASSP-SM seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência;
- c) por inadimplemento contratual por parte da CONTRATADA/OPERADORA;
- d) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

CLÁUSULA XVII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

17.1. São adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o CONTRATANTE/IPASSP-SM paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CONTRATADA: operadora dos planos de saúde responsável pela prestação dos serviços aos BENEFICIÁRIOS.

CONTRATANTE: IPASSP-SM, órgão responsável pela administração dos planos de saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

DEPENDENTE: BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um BENEFICIÁRIO titular. Pessoa física com vínculo familiar com o BENEFICIÁRIO titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.



MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao BENEFICIÁRIO.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo BENEFICIÁRIO.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1.O(A) BENEFICIÁRIO(A) reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA/OPERADORA.

18.2.O(A) BENEFICIÁRIO(A), por si e por seus BENEFICIÁRIOS dependentes, autoriza a CONTRATADA/OPERADORA e o CONTRATANTE/IPASSP-SM a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

18.3.Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA/OPERADORA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.4.A CONTRATADA/OPERADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

18.5.A CONTRATADA/OPERADORA fornecerá aos BENEFICIÁRIOS o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegure a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

18.6.Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, O(A) BENEFICIÁRIO(A) deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA/OPERADORA, para o cancelamento ou, quando foro caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA/OPERADORA.

18.7.É obrigação do O(A) BENEFICIÁRIO(A), na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum BENEFICIÁRIO, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

18.8.Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam BENEFICIÁRIOS, se comprovada a má-fé do BENEFICIÁRIO que emprestou seu cartão a outrem.

18.9.Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer BENEFICIÁRIO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do BENEFICIÁRIO do plano.

18.20.Incorre em falta grave o BENEFICIÁRIO titular que prestar informações incorretas ou falsas, visando beneficiar-se da assistência concedida, respondendo civil e criminalmente pelos seus atos.

18.21.As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA/OPERADORA.

CLÁUSULA XIX – ELEIÇÃO DE FORO

19.1.As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE/IPASSP-SM para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.



ANEXO XII

MODELO DE CONTRATO DE ADESÃO AO PLANO “PRINCIPAL” PARCIAL – AMBULATORIAL

Contrato de adesão à Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, _____, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na _____, n.º _____, bairro _____, **Santa Maria/RS**, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, Registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS n.º _____ e, de outro, como BENEFICIÁRIO TITULAR/DEPENDENTE, _____, inscrito no CPF n.º _____, residente no endereço _____.

CLÁUSULA I – OBJETO

1.1.O presente contrato de adesão tem por objeto a participação em Plano Privado de Assistência à Saúde, em regime coletivo, para os servidores públicos municipais e seus dependentes, com assistência à saúde ambulatorial, compreendendo:

- a)consultas;
- b)procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, por meio de atendimento ambulatorial;
- c)atendimentos de urgência e emergência; e
- d)exames, diagnósticos, terapias e procedimentos elencados no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

1.2.O plano de saúde contratado possui a descrição seguinte:

NOME COMERCIAL DO PRODUTO: PLANO _____

NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: _____

TIPO DE CONTRATAÇÃO: COLETIVO

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: AMBULATORIAL.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: NACIONAL

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: Grupo de Municípios, conforme relacionados a seguir: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaára, Ivorá, Jaguari, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Restinga Seca, Santa Margarida do Sul, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São Gabriel, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul.

1.3.Os beneficiários terão direito a escolher dentre os estabelecimentos e os profissionais da rede própria ou referenciada da Operadora do plano de saúde.

1.4.Havendo indisponibilidade de profissionais ou de atendimento em estabelecimentos próprios ou referenciados pela CONTRATADA/OPERADORA, o ônus do encaminhamento à outro local, fora da rede de serviço, será de responsabilidade da operadora, nas mesmas ou superior condições da modalidade de plano em que o BENEFICIÁRIO está cadastrado, sem ônus adicional.

CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1.Podem ser inscritos no plano como BENEFICIÁRIOS Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com o CONTRATANTE/IPASSP-SM:

- a)servidor efetivo estatutário ativo e inativo;
- b)servidor efetivo celetista ativo; e
- c)pensionista.

2.2. O cadastramento de **BENEFICIÁRIOS TITULARES** dependerá da apresentação de:

- a)Certidão de Nascimento ou RG. Também serão aceitos outros documentos oficiais com fotografia, tais como: Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Trabalho, Carteira de Registro Profissional, entre outros;
- b)CPF (somente se não estiver inserido nos documentos citados acima); e
- c)Comprovante de Endereço (atualizado dos últimos três meses).

2.3.Podem ser inscritos pelo Titular como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas:

- a) O esposo(a) ou companheiro(a) em grau de união estável;

b) Os filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e

c) Os filhos menores de 24 anos na condição solteiro e estudante universitário sem renda própria;

2.4. Os BENEFICIÁRIOS dependentes deverão comprovar ao IPASSP-SM o vínculo de dependência, conforme o disposto nos §1º, §2º e §3º do art. 2º da Lei Municipal nº 4.992/2007 e suas alterações, que assim dispõe:

§ 1º. Para comprovar o grau de dependência de que trata a letra “a”, o servidor deverá apresentar a certidão de casamento e anexar cópia ao contrato de adesão ao Fundo de Assistência à Saúde ou anexar os documentos que atestem a existência de união estável, de acordo com o previsto na área previdenciária.

§ 2º. A comprovação dos filhos menores de 18 anos e filhos inválidos de qualquer idade deverá ser feita mediante apresentação da certidão de nascimento, com cópia para o Instituto e, no caso dos filhos inválidos, estes deverão ser submetidos à perícia médica do IPASSP-SM.

§ 3º. Para comprovação dos filhos menores de 24 anos e universitários, o servidor deverá, no ato da solicitação, apresentar certidão de nascimento do filho, cuja cópia deverá ser anexada ao contrato de adesão juntamente com o atestado de matrícula do curso superior em nível de graduação, do documento que comprove dependência econômica em relação ao servidor, devendo, ainda, semestralmente, apresentar atestado de frequência na Instituição de Ensino superior.

2.5. A adesão dos BENEFICIÁRIOS dependentes dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.6. O IPASSP-SM manterá e disponibilizará consulta aos documentos sempre que requerido pela Operadora do Plano de Saúde.

2.7. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, respeitadas as respectivas diretrizes de utilização, não sendo admitidas quaisquer tipos de limitações nas coberturas garantidas pelas referidas normas.

CLÁUSULA III – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A CONTRATADA/OPERADORA assegurará aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS vigentes à época do evento.

3.2. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

3.5. Todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Ficarão excluídas da cobertura as assistências previstas na Lei nº 9.656, de 1998, suas alterações e nas demais legislação pertinente.

4.2. É facultada aos BENEFICIÁRIOS a utilização de instalações hospitalares e serviços não acordados, desde que assumam todas as responsabilidades, pecuniárias ou não, junto a entidades hospitalares, médicos e serviços auxiliares, decorrente dessa utilização;

4.3. Os BENEFICIÁRIOS serão os únicos responsáveis por despesas de quaisquer serviços realizados **fora** daqueles cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, e que não estejam autorizados pela CONTRATADA/OPERADORA.

CLÁUSULA V – VIGÊNCIA DO CONTRATO DE ADESÃO

5.1. A vigência do contrato de adesão entre BENEFICIÁRIO e OPERADORA será por tempo indeterminado durante a vigência do contrato entre o CONTRATANTE/IPASSP-SM e a OPERADORA.

5.2.A início ou o término do contrato de adesão dar-se-á a qualquer tempo desde que respeitadas as regras e normas estabelecidas entre as partes.

CLÁUSULA VI – PORTABILIDADE E PRAZOS DE CARÊNCIA

6.1. Os prazos de carência são:

- a.1) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- a.2) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- a.3) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

6.1.1. Os prazos de carência atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

6.2. As regras para portabilidade atenderão as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

CLÁUSULA VII –DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1.O BENEFICIÁRIO deverá informar à CONTRATADA/OPERADORA, quando expressamente solicitado, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato.

7.2.Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1.A CONTRATADA/OPERADORA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

I -urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II -emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

CLÁUSULA IX – REMOÇÃO

9.1.Será garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (em casos de urgência e emergência), comprovadamente necessária, a ser caracterizada em declaração do médico assistente, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

9.2.A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

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

II -para uma unidade hospitalar da rede pública de saúde, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver a necessidade de internação.

9.3.A CONTRATADA/OPERADORA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, sendo sua responsabilidade sobre o paciente.

CLÁUSULA X – REEMBOLSO

10.1.A solicitação de reembolso deverá ser protocolada junto à CONTRATADA/OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da emissão do recibo ou equivalente.

10.2.Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes de consultas, exames e demais atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

10.3.O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA/OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA XI –MECANISMO DE REGULAÇÃO

11.1.CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

11.1.1.Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do BENEFICIÁRIO fornecido e expedido pela CONTRATADA/OPERADORA para os BENEFICIÁRIOS cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares,

exceto nos casos de urgência e emergência.

11.1.2.O BENEFICIÁRIO, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA/OPERADORA, arcando com as despesas da confecção de outra via. Cessa a responsabilidade do BENEFICIÁRIO a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

11.2.AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

11.2.1.Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

11.2.2.O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA/OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador.

11.2.3.Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA/OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

11.3.DA JUNTA MÉDICA

11.3.1.A CONTRATADA/OPERADORA garante, no caso de situações de divergência médica, a resolução do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

11.3.2.Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo BENEFICIÁRIO pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA/OPERADORA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.

11.3.3.A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora.

11.4.SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

11.4.1.A utilização dos serviços será por intermédio do acesso direto dos BENEFICIÁRIOS à ampla rede de profissionais e serviços próprios da operadora e seus credenciados (contratados, cooperados ou referenciados, etc.).

11.4.1.1. É vedada aos BENEFICIÁRIOS a livre escolha de profissionais ou serviços fora da rede ofertada, à exceção dos casos de atendimentos de urgência e emergência, ou quando não for possível a utilização dos serviços da CONTRATADA/OPERADORA, nos termos da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11.4.2.Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados, em prontossocorros e/ou hospitais credenciados de alta complexidade.

11.4.3.O plano permitirá ao BENEFICIÁRIO a livre e direta escolha dos profissionais da rede própria ou credenciada, independente da especialidade.

11.4.4.Será fornecida ao BENEFICIÁRIO uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA/OPERADORA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos.

11.4.5.A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA/OPERADORA terá suas atualizações disponíveis na sede da CONTRATADA/OPERADORA, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

CLÁUSULA XII – PREÇO MENSAL E CO-PARTICIPAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

12.1.Os BENEFICIÁRIOS serão responsáveis pelo pagamento integral do plano de saúde por meio de desconto mensal em folha de pagamento.

12.1.1. O valor mensal será de R\$ _____

12.2.Os BENEFICIÁRIOS contribuirão com as seguintes **coparticipações**:

a) **consulta médica eletiva**: R\$ _____;

b) **consulta médica em Pronto Atendimento**: R\$ _____;

c) **exames complementares/baixa complexidade (%)**: 20% do valor do exame;

d) **exames especiais/alta complexidade (%)**: 30% do valor do exame;

e) **terapias/baixo custo (fisioterapia, psicologia, etc.)**: 20% do valor da sessão, a partir da 21ª sessão; e

f) **terapias/alto custo (radioterapia, quimioterapia e hemodiálise)**: 30% do valor da sessão, a partir da 11ª sessão.

CLÁUSULA XIII – REAJUSTE

13.1. 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 Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, apurado pelo IBGE. Este será apurado no período de 12 meses, consecutivos, em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

13.2. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante aditivo contratual.

13.3. 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.

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

13.5. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 e suas alterações.

13.6. Os reajustes efetuados serão comunicados pela CONTRATADA/OPERADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA XIV - FAIXAS ETÁRIAS

14.1. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores vigentes, conforme tabela a seguir:

FAIXA ETÁRIA	PREÇO MENSALIDADE
De 00 até 18 anos	
De 19 até 23 anos	
De 24 até 28 anos	
De 29 até 33 anos	
De 34 até 38 anos	
De 39 até 43 anos	
De 44 até 48 anos	
De 49 até 53 anos	
De 54 até 58 anos	
Acima de 58 anos	

CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1. A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO poderá ocorrer nas seguintes situações:

15.1.1. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM;
- c) fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.1.2. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista deste contrato;
- b) a pedido do BENEFICIÁRIO titular;
- c) quando da perda da qualidade de BENEFICIÁRIO pelo titular;
- d) fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.2. Caberá tão-somente à pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM solicitar a suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS junto à CONTRATADA/OPERADORA, o que ocorrerá de ofício ou a pedido do BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA XVI – RESCISÃO

16.1. O atraso no pagamento da mensalidade pela CONTRATANTE/IPASSP-SM, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

16.2. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE/IPASSP-SM seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência;
- c) por inadimplemento contratual por parte da CONTRATADA/OPERADORA;
- d) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

CLÁUSULA XVII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

17.1. São adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o CONTRATANTE/IPASSP-SM paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CONTRATADA: operadora dos planos de saúde responsável pela prestação dos serviços aos BENEFICIÁRIOS.

CONTRATANTE: IPASSP-SM, órgão responsável pela administração dos planos de saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

DEPENDENTE: BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um BENEFICIÁRIO titular. Pessoa física com vínculo familiar com o BENEFICIÁRIO titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao BENEFICIÁRIO.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo BENEFICIÁRIO.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou

emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1.O(A) BENEFICIÁRIO(A) reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA/OPERADORA.

18.2.O(A) BENEFICIÁRIO(A), por si e por seus BENEFICIÁRIOS dependentes, autoriza a CONTRATADA/OPERADORA e o CONTRATANTE/IPASSP-SM a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

18.3.Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA/OPERADORA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.4.A CONTRATADA/OPERADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

18.5.A CONTRATADA/OPERADORA fornecerá aos BENEFICIÁRIOS o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

18.6.Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, O(A) BENEFICIÁRIO(A) deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA/OPERADORA, para o cancelamento ou, quando foro caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de **R\$ 10,00**, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA/OPERADORA.

18.7.É obrigação do O(A) BENEFICIÁRIO(A), na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum BENEFICIÁRIO, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

18.8.Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam BENEFICIÁRIOS, se comprovada a má-fé do BENEFICIÁRIO que emprestou seu cartão a outrem.

18.9.Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer BENEFICIÁRIO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do BENEFICIÁRIO do plano.

18.20.Incorre em falta grave o BENEFICIÁRIO titular que prestar informações incorretas ou falsas, visando beneficiar-se da assistência concedida, respondendo civil e criminalmente pelos seus atos.

18.21.As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA/OPERADORA.

CLÁUSULA XIX – ELEIÇÃO DE FORO

19.1.As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE/IPASSP-SM para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

ANEXO XIII

MODELO DE CONTRATO DE ADESAO AO PLANO “SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO” COMPLETO – AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Contrato de adesão à Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, _____, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na _____, n.º _____, bairro _____, Santa Maria/RS, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, Registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS n.º _____ e, de outro, como BENEFICIÁRIO TITULAR/DEPENDENTE, _____, inscrito no CPF n.º _____, residente no endereço _____.

CLÁUSULA I – OBJETO

1.1.O presente contrato de adesão tem por objeto a participação em Plano Privado de Assistência à Saúde, em regime coletivo, para os servidores públicos municipais e seus dependentes, com assistência à saúde ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, compreendendo:

- a)consultas;
- b)os serviços de internação, incluindo obstetrícia;
- c)procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, por meio de atendimento ambulatorial;
- d)atendimentos de urgência e emergência; e
- e)exames, diagnósticos, terapias e procedimentos elencados no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

1.2.O plano de saúde contratado possui a descrição seguinte:

NOME COMERCIAL DO PRODUTO: PLANO _____
NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: _____
TIPO DE CONTRATAÇÃO: COLETIVO
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: NACIONAL
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: Grupo de Municípios, conforme relacionados a seguir: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaára, Ivorá, Jaguari, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Restinga Seca, Santa Margarida do Sul, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São Gabriel, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul.
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: coletiva em acomodação semiprivativa em quarto com no máximo 2 (dois) leitos.

1.3.Os beneficiários serão atendidos, sempre que possível, em estabelecimentos e por profissionais da rede própria da Operadora do plano de saúde.

1.4.Havendo indisponibilidade de profissionais ou atendimento nos estabelecimentos próprios, a CONTRATADA/OPERADORA deverá garantir atendimento em rede referenciada, nas mesmas ou superior condições da modalidade de plano em que o BENEFICIÁRIO está cadastrado, sem ônus adicional.

CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1.Podem ser inscritos no plano como BENEFICIÁRIOS Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com o CONTRATANTE/IPASSP-SM:

- a)servidor efetivo estatutário ativo e inativo;
- b)servidor efetivo celetista ativo; e
- c)pensionista.

2.2. O cadastramento de **BENEFICIÁRIOS TITULARES** dependerá da apresentação de:

- a)Certidão de Nascimento ou RG. Também serão aceitos outros documentos oficiais com fotografia, tais como: Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Trabalho, Carteira de Registro Profissional, entre outros;
- b)CPF (somente se não estiver inserido nos documentos citados acima); e

c) Comprovante de Endereço (atualizado dos últimos três meses).

2.3. Podem ser inscritos pelo Titular como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas:

- a) O esposo(a) ou companheiro(a) em grau de união estável;
- b) Os filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e
- c) Os filhos menores de 24 anos na condição solteiro e estudante universitário sem renda própria;

2.4. Os **BENEFICIÁRIOS** dependentes deverão comprovar ao IPASSP-SM o vínculo de dependência, conforme o disposto nos § 1º, § 2º e § 3º do art. 2º da Lei Municipal nº 4.992/2007 e suas alterações, que assim dispõe:

§ 1º. Para comprovar o grau de dependência de que trata a letra “a”, o servidor deverá apresentar a certidão de casamento e anexar cópia ao contrato de adesão ao Fundo de Assistência à Saúde ou anexar os documentos que atestem a existência de união estável, de acordo com o previsto na área previdenciária.

§ 2º. A comprovação dos filhos menores de 18 anos e filhos inválidos de qualquer idade deverá ser feita mediante apresentação da certidão de nascimento, com cópia para o Instituto e, no caso dos filhos inválidos, estes deverão ser submetidos à perícia médica do IPASSP-SM.

§ 3º. Para comprovação dos filhos menores de 24 anos e universitários, o servidor deverá, no ato da solicitação, apresentar certidão de nascimento do filho, cuja cópia deverá ser anexada ao contrato de adesão juntamente com o atestado de matrícula do curso superior em nível de graduação, do documento que comprove dependência econômica em relação ao servidor, devendo, ainda, semestralmente, apresentar atestado de frequência na Instituição de Ensino superior.

2.5. A adesão dos **BENEFICIÁRIOS** dependentes dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.6. O IPASSP-SM manterá e disponibilizará consulta aos documentos sempre que requerido pela Operadora do Plano de Saúde.

2.7. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, respeitadas as respectivas diretrizes de utilização, não sendo admitidas quaisquer tipos de limitações nas coberturas garantidas pelas referidas normas.

CLÁUSULA III – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A CONTRATADA/OPERADORA assegurará aos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS vigentes à época do evento.

3.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

3.5. Todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Ficarão excluídas da cobertura as assistências previstas na Lei nº 9.656, de 1998, suas alterações e nas demais legislação pertinente.

4.2. É facultada aos **BENEFICIÁRIOS** a utilização de instalações hospitalares e serviços não acordados, desde que assumam todas as responsabilidades, pecuniárias ou não, junto a entidades hospitalares, médicos e serviços auxiliares, decorrente dessa utilização;

4.3. Os BENEFICIÁRIOS serão os únicos responsáveis por despesas de quaisquer serviços realizados fora daqueles cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, e que não estejam autorizados pela CONTRATADA/OPERADORA.

CLÁUSULA V – VIGÊNCIA DO CONTRATO DE ADESÃO

5.1. A vigência do contrato de adesão entre BENEFICIÁRIO e OPERADORA será por tempo indeterminado durante a vigência do contrato entre o CONTRATANTE/IPASSP-SM e a OPERADORA.

5.2. A início ou o término do contrato de adesão dar-se-á a qualquer tempo desde que respeitadas as regras e normas estabelecidas entre as partes.

CLÁUSULA VI – PORTABILIDADE E PRAZOS DE CARÊNCIA

6.1. Os prazos de carência são:

- a.1) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- a.2) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- a.3) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

6.1.1. Os prazos de carência atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

6.2. As regras para portabilidade atenderão as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. O BENEFICIÁRIO deverá informar à CONTRATADA/OPERADORA, quando expressamente solicitado, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato.

7.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. A CONTRATADA/OPERADORA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

CLÁUSULA IX – REMOÇÃO

9.1. Será garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, a ser caracterizada em declaração do médico assistente, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

9.2. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

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

II - para uma unidade hospitalar, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver a necessidade de internação.

9.3. A CONTRATADA/OPERADORA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, sendo sua responsabilidade sobre o paciente.

CLÁUSULA X – REEMBOLSO

10.1. A solicitação de reembolso deverá ser protocolada junto à CONTRATADA/OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da emissão do recibo ou equivalente.

10.2. Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes de consultas, exames e demais atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

10.3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA/OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede

assistencial do presente plano.

CLÁUSULA XI – MECANISMO DE REGULAÇÃO

11.1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

11.1.1. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do BENEFICIÁRIO fornecido e expedido pela CONTRATADA/OPERADORA para os BENEFICIÁRIOS cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

11.1.2. O BENEFICIÁRIO, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA/OPERADORA, arcando com as despesas da confecção de outra via. Cessa a responsabilidade do BENEFICIÁRIO a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

11.2. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

11.2.1. Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

11.2.2. O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA/OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador.

11.2.3. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA/OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

11.3. DA JUNTA MÉDICA

11.3.1. A CONTRATADA/OPERADORA garante, no caso de situações de divergência médica, a resolução do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

11.3.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo BENEFICIÁRIO pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA/OPERADORA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.

11.3.3. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

11.4. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE REFERENCIADA

11.4.1. A utilização dos serviços será por intermédio do acesso direto dos BENEFICIÁRIOS à ampla rede de profissionais e serviços próprios da operadora. Em não sendo possível o atendimento na rede própria, será disponibilizado aos beneficiários a rede referenciada (credenciados, contratados, cooperados, etc.).

11.4.1.1. É vedada aos BENEFICIÁRIOS a livre escolha de profissionais ou serviços fora da rede ofertada, à exceção dos casos de atendimentos de urgência e emergência, ou quando não for possível a utilização dos serviços da CONTRATADA/OPERADORA, nos termos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11.4.2. Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados, em pront-socorros e/ou hospitais credenciados de alta complexidade.

11.4.3. O plano permitirá ao BENEFICIÁRIO a livre e direta escolha dos profissionais credenciados na rede própria e quando disponível, na rede referenciada, independente da especialidade.

11.4.4. Será fornecida ao BENEFICIÁRIO uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e referenciados pela CONTRATADA/OPERADORA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos.

11.4.5. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e referenciados da CONTRATADA/OPERADORA terá suas atualizações disponíveis na sede da CONTRATADA/OPERADORA, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

CLÁUSULA XII – PREÇO E CO-PARTICIPAÇÃO BENEFICIÁRIO

12.1. Os BENEFICIÁRIOS serão responsáveis pelo pagamento integral do plano de saúde por meio de desconto mensal em folha de pagamento.

12.1.1. O valor mensal será de R\$ _____

12.2. Os BENEFICIÁRIOS contribuirão com as seguintes **coparticipações**:

- a) **consulta médica eletiva**: R\$ _____;
- b) **consulta médica em Pronto Atendimento**: R\$ _____;
- c) **exames complementares/baixa complexidade (%)**: 20% do valor do exame;
- d) **exames especiais/alta complexidade (%)**: 30% do valor do exame;
- e) **terapias/baixo custo (fisioterapia, psicologia, etc.)**: 20% do valor da sessão, a partir da 21ª sessão;
- f) **terapias/alto custo (radioterapia, quimioterapia e hemodiálise)**: 30% do valor da sessão, a partir da 11ª sessão;
- g) **taxa de internação (clínica ou cirúrgica)**: R\$ _____.

CLÁUSULA XIII – REAJUSTE

13.1. 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 Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, apurado pelo IBGE. Este será apurado no período de 12 meses, consecutivos, em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

13.2. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante aditivo contratual.

13.3. 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.

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

13.5. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 e suas alterações.

13.6. Os reajustes efetuados serão comunicados pela CONTRATADA/OPERADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA XIV - FAIXAS ETÁRIAS

14.1. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores vigentes, conforme tabela a seguir:

FAIXA ETÁRIA	PREÇO MENSALIDADE
De 00 até 18 anos	
De 19 até 23 anos	
De 24 até 28 anos	
De 29 até 33 anos	
De 34 até 38 anos	
De 39 até 43 anos	
De 44 até 48 anos	
De 49 até 53 anos	
De 54 até 58 anos	
Acima de 58 anos	

CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1. A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO poderá ocorrer nas seguintes situações:

15.1.1. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO **titular**:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM;
- c) fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.1.2. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO **dependente**:

- a) pela perda da condição de dependência prevista deste contrato;

- b) a pedido do BENEFICIÁRIO titular;
- c) quando da perda da qualidade de BENEFICIÁRIO pelo titular;
- d) fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.2. Caberá tão-somente à pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM solicitar a suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS junto à CONTRATADA/OPERADORA, o que ocorrerá de ofício ou a pedido do BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA XVI – RESCISÃO

16.1.O atraso no pagamento da mensalidade pela CONTRATANTE/IPASSP-SM, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

16.2.Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE/IPASSP-SM seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência;
- c) por inadimplemento contratual por parte da CONTRATADA/OPERADORA;
- d) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

CLÁUSULA XVII –REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

17.1.São adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o CONTRATANTE/IPASSP-SM paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CONTRATADA: operadora dos planos de saúde responsável pela prestação dos serviços aos BENEFICIÁRIOS.

CONTRATANTE: IPASSP-SM, órgão responsável pela administração dos planos de saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

DEPENDENTE: BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um BENEFICIÁRIO titular. Pessoa física com vínculo familiar com o BENEFICIÁRIO titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: aquela 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.



EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao BENEFICIÁRIO.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo BENEFICIÁRIO.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1.O(A) BENEFICIÁRIO(A) reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA/OPERADORA.

18.2.O(A) BENEFICIÁRIO(A), por si e por seus BENEFICIÁRIOS dependentes, autoriza a CONTRATADA/OPERADORA e o CONTRATANTE/IPASSP-SM a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

18.3.Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA/OPERADORA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.4.A CONTRATADA/OPERADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

18.5.A CONTRATADA/OPERADORA fornecerá aos BENEFICIÁRIOS o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

18.6.Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, O(A) BENEFICIÁRIO(A) deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA/OPERADORA, para o cancelamento ou, quando foro caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de **R\$ 10,00**, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA/OPERADORA.

18.7.É obrigação do O(A) BENEFICIÁRIO(A), na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum BENEFICIÁRIO, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

18.8.Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam BENEFICIÁRIOS, se comprovada a má-fé do BENEFICIÁRIO que emprestou seu cartão a outrem.

18.9.Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer BENEFICIÁRIO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do BENEFICIÁRIO do plano.

18.20.Incorre em falta grave o BENEFICIÁRIO titular que prestar informações incorretas ou falsas, visando beneficiar-se da assistência concedida, respondendo civil e criminalmente pelos seus atos.

18.21.As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA/OPERADORA.

CLÁUSULA XIX – ELEIÇÃO DE FORO

19.1.As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE/IPASSP-SM para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

ANEXO XIV

MODELO DE CONTRATO DE ADESÃO AO PLANO “SECUNDÁRIO/INTERMEDIÁRIO” PARCIAL – AMBULATORIAL

Contrato de adesão à Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, _____, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na _____, n.º _____, bairro _____, Santa Maria/RS, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, Registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS n.º _____ e, de outro, como BENEFICIÁRIO TITULAR/DEPENDENTE, _____, inscrito no CPF n.º _____, residente no endereço _____.

CLÁUSULA I – OBJETO

1.1.O presente contrato de adesão tem por objeto a participação em Plano Privado de Assistência à Saúde, em regime coletivo, para os servidores públicos municipais e seus dependentes, com assistência à saúde ambulatorial, compreendendo:

- a)consultas;
- b)procedimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, por meio de atendimento ambulatorial;
- c)atendimentos de urgência e emergência; e
- d)exames, diagnósticos, terapias e procedimentos elencados no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

1.2.O plano de saúde contratado possui a descrição seguinte:

NOME COMERCIAL DO PRODUTO: PLANO _____
NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: _____
TIPO DE CONTRATAÇÃO: COLETIVO
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: AMBULATORIAL.
ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: NACIONAL
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: Grupo de Municípios, conforme relacionados a seguir: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaára, Ivorá, Jaguari, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Restinga Seca, Santa Margarida do Sul, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São Gabriel, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul.

1.3.Os beneficiários serão atendidos, sempre que possível, em estabelecimentos e por profissionais da rede própria da Operadora do plano de saúde.

1.4.Havendo indisponibilidade de profissionais ou atendimento nos estabelecimentos próprios, a CONTRATADA/OPERADORA deverá garantir atendimento em rede referenciada, nas mesmas ou superior condições da modalidade de plano em que o BENEFICIÁRIO está cadastrado, sem ônus adicional.

CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1.Podem ser inscritos no plano como BENEFICIÁRIOS Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com o CONTRATANTE/IPASSP-SM:

- a)servidor efetivo estatutário ativo e inativo;
- b)servidor efetivo celetista ativo; e
- c)pensionista.

2.2. O cadastramento de **BENEFICIÁRIOS TITULARES** dependerá da apresentação de:

- a)Certidão de Nascimento ou RG. Também serão aceitos outros documentos oficiais com fotografia, tais como: Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Trabalho, Carteira de Registro Profissional, entre outros;
- b)CPF (somente se não estiver inserido nos documentos citados acima); e
- c)Comprovante de Endereço (atualizado dos últimos três meses).

2.3.Podem ser inscritos pelo Titular como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas:

- a) O esposo(a) ou companheiro(a) em grau de união estável;
- b) Os filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade; e
- c) Os filhos menores de 24 anos na condição solteiro e estudante universitário sem renda própria;

2.4. Os BENEFICIÁRIOS dependentes deverão comprovar ao IPASSP-SM o vínculo de dependência, conforme o disposto nos §1º, §2º e §3º do art. 2º da Lei Municipal nº 4.992/2007 e suas alterações, que assim dispõe:

§ 1º. Para comprovar o grau de dependência de que trata a letra “a”, o servidor deverá apresentar a certidão de casamento e anexar cópia ao contrato de adesão ao Fundo de Assistência à Saúde ou anexar os documentos que atestem a existência de união estável, de acordo com o previsto na área previdenciária.

§ 2º. A comprovação dos filhos menores de 18 anos e filhos inválidos de qualquer idade deverá ser feita mediante apresentação da certidão de nascimento, com cópia para o Instituto e, no caso dos filhos inválidos, estes deverão ser submetidos à perícia médica do IPASSP-SM.

§ 3º. Para comprovação dos filhos menores de 24 anos e universitários, o servidor deverá, no ato da solicitação, apresentar certidão de nascimento do filho, cuja cópia deverá ser anexada ao contrato de adesão juntamente com o atestado de matrícula do curso superior em nível de graduação, do documento que comprove dependência econômica em relação ao servidor, devendo, ainda, semestralmente, apresentar atestado de frequência na Instituição de Ensino superior.

2.5. A adesão dos BENEFICIÁRIOS dependentes dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.6. O IPASSP-SM manterá e disponibilizará consulta aos documentos sempre que requerido pela Operadora do Plano de Saúde.

2.7. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, respeitadas as respectivas diretrizes de utilização, não sendo admitidas quaisquer tipos de limitações nas coberturas garantidas pelas referidas normas.

CLÁUSULA III – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A CONTRATADA/OPERADORA assegurará aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS vigentes à época do evento.

3.2. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

3.5. Todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Ficarão excluídas da cobertura as assistências previstas na Lei nº 9.656, de 1998, suas alterações e nas demais legislação pertinente.

4.2. É facultada aos BENEFICIÁRIOS a utilização de instalações hospitalares e serviços não acordados, desde que assumam todas as responsabilidades, pecuniárias ou não, junto a entidades hospitalares, médicos e serviços auxiliares, decorrente dessa utilização;

4.3. Os BENEFICIÁRIOS serão os únicos responsáveis por despesas de quaisquer serviços realizados **fora** daqueles cobertos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, e que não estejam autorizados pela CONTRATADA/OPERADORA.

CLÁUSULA V – VIGÊNCIA DO CONTRATO DE ADESÃO

5.1. A vigência do contrato de adesão entre BENEFICIÁRIO e OPERADORA será por tempo indeterminado durante a

vigência do contrato entre o CONTRATANTE/IPASSP-SM e a OPERADORA.

5.2.A início ou o término do contrato de adesão dar-se-á a qualquer tempo desde que respeitadas as regras e normas estabelecidas entre as partes.

CLÁUSULA VI – PORTABILIDADE E PRAZOS DE CARÊNCIA

6.1. Os prazos de carência são:

- a.1) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- a.2) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- a.3) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

6.1.1. Os prazos de carência atenderão as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

6.2. As regras para portabilidade atenderão as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e, quando for o caso, demais legislação pertinente.

CLÁUSULA VII –DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1.O BENEFICIÁRIO deverá informar à CONTRATADA/OPERADORA, quando expressamente solicitado, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato.

7.2.Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1.A CONTRATADA/OPERADORA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

I -urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II -emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

CLÁUSULA IX – REMOÇÃO

9.1.Será garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (em casos de urgência e emergência), comprovadamente necessária, a ser caracterizada em declaração do médico assistente, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

9.2.A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

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

II -para uma unidade hospitalar da rede pública de saúde, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver a necessidade de internação.

9.3.A CONTRATADA/OPERADORA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, sendo sua responsabilidade sobre o paciente.

CLÁUSULA X – REEMBOLSO

10.1.A solicitação de reembolso deverá ser protocolada junto à CONTRATADA/OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da emissão do recibo ou equivalente.

10.2.Será garantido ao BENEFICIÁRIO o reembolso das despesas decorrentes de consultas, exames e demais atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

10.3.O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA/OPERADORA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA XI –MECANISMO DE REGULAÇÃO

11.1.CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

11.1.1.Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação

do BENEFICIÁRIO fornecido e expedido pela CONTRATADA/OPERADORA para os BENEFICIÁRIOS cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

11.1.2.O BENEFICIÁRIO, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA/OPERADORA, arcando com as despesas da confecção de outra via. Cessa a responsabilidade do BENEFICIÁRIO a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

11.2.AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

11.2.1.Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

11.2.2.O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA/OPERADORA que emitirá resposta pelo profissional avaliador.

11.2.3.Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA/OPERADORA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

11.3.DA JUNTA MÉDICA

11.3.1.A CONTRATADA/OPERADORA garante, no caso de situações de divergência médica, a resolução do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

11.3.2.Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo BENEFICIÁRIO pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA/OPERADORA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.

11.3.3.A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

11.4.SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE REFERENCIADA

11.4.1.A utilização dos serviços será por intermédio do acesso direto dos BENEFICIÁRIOS à ampla rede de profissionais e serviços próprios da operadora. Em não sendo possível o atendimento na rede própria, será disponibilizado aos beneficiários a rede referenciada (credenciados, contratados, cooperados, etc.).

11.4.1.1. É vedada aos BENEFICIÁRIOS a livre escolha de profissionais ou serviços fora da rede ofertada, à exceção dos casos de atendimentos de urgência e emergência, ou quando não for possível a utilização dos serviços da CONTRATADA/OPERADORA, nos termos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

11.4.2.Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados, em prontossocorros e/ou hospitais credenciados de alta complexidade.

11.4.3.O plano permitirá ao BENEFICIÁRIO a livre e direta escolha dos profissionais credenciados na rede própria e quando disponível, na rede referenciada, independente da especialidade.

11.4.4.Será fornecida ao BENEFICIÁRIO uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e referenciados pela CONTRATADA/OPERADORA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos.

11.4.5.A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e referenciados da CONTRATADA/OPERADORA terá suas atualizações disponíveis na sede da CONTRATADA/OPERADORA, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

CLÁUSULA XII – PREÇO E CO-PARTICIPAÇÃO BENEFICIÁRIO

12.1.Os BENEFICIÁRIOS serão responsáveis pelo pagamento integral do plano de saúde por meio de desconto mensal em folha de pagamento.

12.1.1. O valor mensal será de R\$ _____

12.2.Os BENEFICIÁRIOS contribuirão com as seguintes **coparticipações**:

a) **consulta médica eletiva**: R\$ _____;

b) **consulta médica em Pronto Atendimento**: R\$ _____;

c) **exames complementares/baixa complexidade (%)**: 20% do valor do exame;

d) **exames especiais/alta complexidade (%)**: 30% do valor do exame;

- e) **terapias/baixo custo (fisioterapia, psicologia, etc.):** 20% do valor da sessão, a partir da 21ª sessão;
- f) **terapias/alto custo (radioterapia, quimioterapia e hemodiálise):** 30% do valor da sessão, a partir da 11ª sessão.

CLÁUSULA XIII – REAJUSTE

13.1. 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 Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, apurado pelo IBGE. Este será apurado no período de 12 meses, consecutivos, em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

13.2. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido, será estipulado novo índice mediante aditivo contratual.

13.3. 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.

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

13.5. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 e suas alterações.

13.6. Os reajustes efetuados serão comunicados pela CONTRATADA/OPERADORA à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA XIV - FAIXAS ETÁRIAS

14.1. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores vigentes, conforme tabela a seguir:

FAIXA ETÁRIA	PREÇO MENSALIDADE
De 00 até 18 anos	
De 19 até 23 anos	
De 24 até 28 anos	
De 29 até 33 anos	
De 34 até 38 anos	
De 39 até 43 anos	
De 44 até 48 anos	
De 49 até 53 anos	
De 54 até 58 anos	
Acima de 58 anos	

CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1. A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO poderá ocorrer nas seguintes situações:

15.1.1. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM;
- c) fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.1.2. Perda da qualidade de BENEFICIÁRIO dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista deste contrato;
- b) a pedido do BENEFICIÁRIO titular;
- c) quando da perda da qualidade de BENEFICIÁRIO pelo titular;
- d) fraude praticada pelo BENEFICIÁRIO dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

15.2. Caberá tão-somente à pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM solicitar a suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS junto à CONTRATADA/OPERADORA, o que ocorrerá de ofício ou a pedido do BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA XVI – RESCISÃO

16.1. O atraso no pagamento da mensalidade pela CONTRATANTE/IPASSP-SM, por um período superior a 30 (trinta) dias,

implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

16.2. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE/IPASSP-SM seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência;
- c) por inadimplemento contratual por parte da CONTRATADA/OPERADORA;
- d) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

CLÁUSULA XVII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

17.1. São adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o CONTRATANTE/IPASSP-SM paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CONTRATADA: operadora dos planos de saúde responsável pela prestação dos serviços aos BENEFICIÁRIOS.

CONTRATANTE: IPASSP-SM, órgão responsável pela administração dos planos de saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

DEPENDENTE: BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um BENEFICIÁRIO titular. Pessoa física com vínculo familiar com o BENEFICIÁRIO titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica CONTRATANTE/IPASSP-SM.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao BENEFICIÁRIO.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo BENEFICIÁRIO.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.



PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o BENEFICIÁRIO de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1.O(A) BENEFICIÁRIO(A) reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA/OPERADORA.

18.2.O(A) BENEFICIÁRIO(A), por si e por seus BENEFICIÁRIOS dependentes, autoriza a CONTRATADA/OPERADORA e o CONTRATANTE/IPASSP-SM a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

18.3.Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA/OPERADORA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.4.A CONTRATADA/OPERADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

18.5.A CONTRATADA/OPERADORA fornecerá aos BENEFICIÁRIOS o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

18.6.Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, O(A) BENEFICIÁRIO(A) deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA/OPERADORA, para o cancelamento ou, quando foro caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de **R\$ 10,00**, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA/OPERADORA.

18.7.É obrigação do O(A) BENEFICIÁRIO(A), na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum BENEFICIÁRIO, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

18.8.Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam BENEFICIÁRIOS, se comprovada a má-fé do BENEFICIÁRIO que emprestou seu cartão a outrem.

18.9.Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer BENEFICIÁRIO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do BENEFICIÁRIO do plano.

18.20.Incorre em falta grave o BENEFICIÁRIO titular que prestar informações incorretas ou falsas, visando beneficiar-se da assistência concedida, respondendo civil e criminalmente pelos seus atos.

18.21.As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA/OPERADORA.

CLÁUSULA XIX – ELEIÇÃO DE FORO

19.1.As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE/IPASSP-SM para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.