



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO 006/2017**PLANO DE SAÚDE**

O **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA – COREN/SC**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ nº 75.308.106/0001-56, com sede na Av. Mauro Ramos, nº 224, Edifício Centro Executivo Mauro Ramos, 6º andar, Centro, Florianópolis – SC, neste ato representado pela Presidente do COREN/SC, **Msc. Helga Regina Bresciani**, brasileira, casada, portadora do RG nº 6R1211232 - SSP/SC e do CPF/MF nº 444.983.659-68, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE** e a empresa **UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 77.858.611/0001-08, com sede a Rua Dom Jaime Câmara, nº 94, Centro, na cidade de Florianópolis- SC, neste ato representada por seus representantes legais, **Dr. Felipe Barbieri Wohlgemuth**, vice-presidente da Unimed Grande Florianópolis, portador CRM/SC nº 10151, inscrito no CPF sob o nº 023.570.089-46; e o **Dr. Waldemar de Souza Junior**, superintendente da Unimed Grande Florianópolis, portador do CRM/SC nº 5204, inscrito no CPF sob nº 642.474.309-04, denominada simplesmente, **CONTRATADA**, de comum acordo e nos termos da Lei nº 10.520/02 e da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores e do **Processo de Dispensa de Licitação nº 022/2017**, resolvem contratar o objeto do presente, pelas condições que seguem:

Cláusula 1ª - DO OBJETO

O objeto deste contrato é a prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e obstetrícia através de plano de saúde para os empregados do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, conforme as especificações abaixo descritas:

1.1. Plano Uniflex, Estadual, Enfermaria, 50% de Co Participação

- 1.1.1. Abrangência estadual: atendimento em todo o estado de Santa Catarina.
- 1.1.2. Acomodação enfermaria: modalidade de internação no qual acontece em quarto coletivo (enfermaria), com dois ou mais leitos.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- 1.1.3. Co participação é o valor limite, fixado em reais e definido contratualmente, que estabelece o valor contratual que estabelece o valor máximo a ser cobrado por procedimento.
- 1.1.4. Participação 50%: participação 50% por serviço realizado abaixo:
- a) Consultas médicas em consultório e pronto socorro;
 - b) Exames e procedimentos de diagnose, fora da internação hospitalar;
 - c) Fisioterapia e acupuntura incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.
- 1.1.5. Benefícios adicionais inclusos: Fundo de Extensão Assistencial, Remoção terrestre, aérea, repatriamento e alta hospitalar.

1.2. Condição de Admissão dos Beneficiários

Parágrafo primeiro. Pode ser inscrito como beneficiário titular do plano de saúde a pessoa vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

Parágrafo segundo. Entendem-se como relação empregatícia os empregados/funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral.

Parágrafo terceiro. Pode ser inscrito como dependente do beneficiário titular:

- a) o cônjuge;
- b) o (a) companheiro (a), sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) o filho solteiro até **24 anos** incompletos;
- d) os enteados solteiros até **24 anos** incompletos;
- e) a criança/adolescente sob guarda ou tutela do beneficiário titular, por força de decisão judicial;
- f) a pessoa sob curatela do beneficiário titular, por força de decisão judicial

Parágrafo quarto. O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular no plano.

Parágrafo quinto. É assegurada a inscrição de recém nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
2. Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

3. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula;
4. Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
5. Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
6. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
7. Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda ou tutela;
8. Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

Parágrafo sexto. Também é assegurada a inscrição de menor de 12 (doze) anos adotado, sob guarda ou tutela e filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que atendidas as condições abaixo:

1. A inscrição deve ser realizada em até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção ou reconhecimento da paternidade;
2. Filho adotivo e sob guarda ou tutelado: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante (pai ou mãe) ou responsável legal;
3. Reconhecimento da paternidade: com aproveitamento das carências já cumpridas pelo pai;
4. Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecida nesta cláusula
5. Sem análise de doenças ou lesões preexistentes;
6. Seja apresentada a certidão de nascimento, termo de guarda ou tutela, ou sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
7. Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento.

Parágrafo sétimo. A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo (a) CONTRATANTE a CONTRATADA por meio do Formulário de Cadastro.

Parágrafo oitavo. A inscrição do beneficiário titular e dependentes fica condicionada a apresentação e preenchimento da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento às determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

1. Formulário de Cadastro (um por titular), devidamente assinado pelo titular do plano e pelo (a) CONTRATANTE;
2. Carta de Orientação ao Beneficiário assinada pelo titular do plano;
3. Declaração de Saúde, devidamente preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos no plano (titular e dependentes);
4. Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária (CPT) assinado pelo beneficiário portador da Doença ou Lesão Preexistente (DLP);



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo nono. Para inscrição do beneficiário titular no plano devem ser apresentados os documentos a seguir:

1. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG ou RIC;
2. Comprovante de residência (água, luz, telefone, contrato de locação ou declaração de endereço com firma reconhecida), emitido a menos de 90 (noventa) dias;
3. Comprovante de vínculo com a CONTRATANTE:

a) Funcionário:

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado, devidamente carimbada e assinada pela CONTRATANTE; ou
- Contracheque, folha de pagamento.

Parágrafo décimo. Para inscrição de beneficiário dependente no plano devem ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cônjuge:** Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Certidão de Casamento Civil;
- b) Companheiro (a):** Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Escritura Pública Declaratória de União Estável ou Declaração Particular de União Estável, assinada pelos conviventes e duas testemunhas, com firma reconhecida em Cartório;
- c) Filhos e enteados:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), da Certidão de Nascimento, do RG e do CPF;
- d) Filho adotivo:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), da Certidão de Casamento, do RG e do CPF. Se a criança estiver em processo de adoção, deve ser apresentado o Termo de Guarda;
- e) Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, RG, Certidão de Nascimento e sentença transitada em julgado.
- f) Incapaz:** Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), Certidão de Nascimento/Casamento, RG, CPF e Termo de Curatela.

Parágrafo décimo primeiro . O (A) CONTRATANTE deve fornecer à CONTRATADA o número do CPF dos beneficiários com 12 (doze) anos ou mais que constem como dependentes na Declaração de Ajuste Anual do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (DIRPF), por força de Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Cláusula 2ª - Coberturas e Procedimentos Garantidos

Parágrafo primeiro. O plano de assistência à saúde contratado não possui acesso a livre escolha de prestadores para atendimento. O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no plano de saúde têm direito a atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na segmentação referência, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados e profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe.

Parágrafo segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de garantir APENAS a cobertura mínima obrigatória definida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que respeitadas as:

- a) **Diretrizes de Utilização – DUT:** Que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol;
- b) **Diretrizes Clínicas – DC:** Que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e
- c) **Protocolo de Utilização – PROUT:** Que estabelecem os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

Parágrafo terceiro. A cobertura será assegurada independentemente da circunstância e local de origem do evento, respeitados os limites de carência estabelecidos neste contrato, área de abrangência e atuação, segmentação, a cláusula de exclusão de coberturas e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento. E incluirá:

- 1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;
- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. As áreas de atuação médica estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- 3) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 4) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial, solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;
- 5) cobertura de medicamentos registrados e regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, desde que utilizados durante a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime ambulatorial e previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 6) cobertura de consultas/sessões de: fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física) fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, solicitados pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;
- 7) sessões de psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, de acordo com o número de sessões previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;
- 8) ações de Planejamento Familiar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
 - a) planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
 - b) concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- c) **anticoncepção**: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
- d) **atividades educacionais**: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
- e) **aconselhamento**: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e
- f) **atendimento clínico**: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.
- 9) cobertura ambulatorial obrigatória para os seguintes procedimentos, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, conforme prescrição do médico assistente;
- c) medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
- e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para a segmentação ambulatorial e que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

- f) hemoterapia ambulatorial;
- g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 10) participação do médico anestesiológico, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 11) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
 - a) a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;
 - b) Estão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.
 - c) **hospital-dia para transtornos mentais** é o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
 - d) a cobertura em hospital-dia para transtornos mentais, será prestada de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e **respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.**
- 12) todas as modalidades de internação hospitalar em número ilimitado de dias (que necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar), incluindo centro de terapia intensiva ou similar, hospital dia e clínicas básicas e especializadas integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;
- 13) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;
- 14) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- 15) cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação contratada e carências;
- 16) exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 17) órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento e regularizadas junto à ANVISA;
- a) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a **prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões)** das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
 - c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, através do mecanismo de junta médica, com as despesas arcadas pela operadora.
- 18) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática;
- b) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura (como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto) **não são considerados tratamento de complicações**, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.
- 19) estão cobertos os exames pré e pós-operatórios constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às cirurgias cobertas ou não;
- 20) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 21) é assegurada a cobertura de um acompanhante durante o período de internação, incluindo despesas com acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, nos casos abaixo; ressalvada contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.
- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
- c) pessoas com deficiências.
- 22) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, **para segmentação hospitalar**, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, incluindo a cobertura de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais, ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 23) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação odontológica, passíveis de realização em regime ambulatorial, mas **que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar**:
- a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;

- b) a necessidade da internação por imperativo clínico que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, é determinada pelo cirurgião-dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- 24) cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso;
- 25) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, mesmo quando realizados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar **e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento:**
- a. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
- b. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- c. medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- d. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- e. hemoterapia;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- f. nutrição parenteral ou enteral;
 - g. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - h. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - i. radiologia intervencionista;
 - j. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
 - l. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, exceto o fornecimento de medicação de manutenção;
- 26)** cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;
- 27)** cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- 28)** atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, **filho natural ou adotivo e sob guarda ou tutela** do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou 30 (trinta) dias da guarda ou tutela, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
 - b) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo: paramentação, acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital; ressalvada contraindicação do médico assistente e na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;
- ✓ Entende-se como pós-parto imediato o período que abrange 10 dias após o parto, salvo



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

intercorrências, a critério médico.

29) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados, entendidos estes como os necessários à realização do transplante, incluindo:

- a. despesas assistenciais com doadores vivos;
- b. medicamentos utilizados durante a internação;
- c. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

30) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

31) transplante de medula óssea: alogênico e autólogo, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e respeitadas as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS.

CLÁUSULA 3ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Parágrafo primeiro. Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

- ✓ empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- ✓ são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- ✓ empregam medicamentos, cujas indicações de uso pretendida não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label); exceto para aqueles medicamentos com parecer favorável do CONITEC e que tenham autorização de uso da ANVISA para



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

fornecimento pelo SUS.

- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) métodos contraceptivos, não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento.
- e) tratamento de rejuvenescimento ou para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde:
 - ✓ importados não nacionalizados, quais sejam, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
 - ✓ medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando estiver vinculado ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso ou para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente, quando atendidas as diretrizes de utilização;
 - ✓ Medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando estiver vinculado a execução de um procedimento diagnóstico ou terapêutico previsto no rol de eventos em saúde vigente.
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- h) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, na relação constante no endereço eletrônico da ANVISA na Internet



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

(www.anvisa.gov.br);

- i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) estabelecimentos para acolhimento de idosos e pessoas com deficiência ou necessidades especiais, caracterizando atendimentos que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- l) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- m) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;
- n) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares tais como home care;
- o) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais previstos para segmentação hospitalar que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos previstos para segmentação odontológica passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar (listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento);
- p) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, para os procedimentos previstos para segmentação odontológica, realizados em ambiente hospitalar por imperativo clínico;
- q) remoções não previstas na cláusula de “Atendimento de Urgência e Emergência, Remoção e Reembolso” prevista em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na data do evento;
- r) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- s) procedimentos cujo beneficiário não atenda as diretrizes de utilização, diretrizes clínicas ou protocolo de utilização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar com parte do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.
- u) os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS tem cobertura assegurada quando solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado e as solicitações realizadas pelo cirurgião dentista, devidamente habilitado, com finalidade de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológico.

Parágrafo segundo. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo terceiro. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 4ª – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Parágrafo primeiro. Para que possam utilizar os serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data de inscrição do beneficiário no plano:

Grupos de Procedimentos	Prazo
Atendimento de Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Exames laboratoriais (exceto de genética), anatomopatológicos e citopatológicos, raio-x simples e contrastado, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia (exceto obstétrica)	30 dias
Consulta e Sessão de Fisioterapia	90 dias
Acupuntura	180 dias
Densitometria	180 dias



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Diálise/Hemodiálise	180 dias
Ecocardiograma	180 dias
Endoscopia/Colonoscopia	180 dias
Espirometria/Prova de Função Pulmonar	180 dias
Exames Obstétricos	180 dias
Exames de Genética	180 dias
Holter/Mapa	180 dias
Laparoscopia/Litotripsia	180 dias
Mamografia	180 dias
Medicina Nuclear/Medicina Transfusional	180 dias
Radioterapia/Quimioterapia	180 dias
Ressonância/Tomografia	180 dias
Teste Ergométrico	180 dias
Transplantes	180 dias
Parto a termo	300 dias
Consulta e Sessão com Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapeuta	180 dias
Todas as demais coberturas que não constam nesta tabela	180 dias

Parágrafo segundo. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências definidos no parágrafo anterior, **nos contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários**, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano seja formalizado à CONTRATADA:

1. Em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;
2. Em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à CONTRATANTE.

Parágrafo terceiro. O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular à CONTRATANTE será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo quarto. Os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, devem cumprir os períodos de carência estabelecidos neste contrato, exceto os dependentes recém-nascidos inscritos nos termos da Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo quinto. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à CONTRATANTE, devem cumprir os períodos de carência estabelecidos nesta cláusula.

Parágrafo sexto. Quando se tratar de beneficiário (s) proveniente (s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA em pré-pagamento, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área de abrangência ou acomodação hospitalar superior.

Parágrafo sétimo. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento dos prazos de carência estabelecidos nesta cláusula.

CLÁUSULA 5ª – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Parágrafo primeiro. O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

- a) **Número de participantes menor que 30 (trinta):** Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
- b) **Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta):** Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:
 - 1. Em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato;
 - 2. Em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário titular à CONTRATANTE.

Parágrafo segundo. O prazo de 30 (trinta) dias da vinculação do titular à CONTRATANTE será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos e menores de 12 anos: tutelados, sob guarda, adotados e com reconhecimento de paternidade, inscritos conforme



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo quarto. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo quinto. Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar a Declaração de Saúde, observadas as condições e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecidas em normativos vigentes na data da contratação do plano ou inscrição de dependente(s).

Parágrafo sexto. No preenchimento da Declaração de Saúde, os beneficiários titulares e dependentes devem registrar a atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofrendores no ato da inscrição no plano de saúde.

Parágrafo sétimo. É assegurado ao titular e dependentes o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada desta.

Parágrafo oitavo. Caso o beneficiário opte por outro médico, que não faça parte da rede cooperada da CONTRATADA deve arcar com o ônus financeiro da entrevista.

Parágrafo nono. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Parágrafo dez. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma perícia médica com um profissional indicado por ela, que poderá ser ou não acompanhada de exame. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo onze. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização dos exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde que será entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo doze. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

alta complexidade, a CONTRATADA **oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.**

Parágrafo treze. Para fins do que dispõe a legislação vigente, a Cobertura Parcial Temporária (CPT) consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano.

Parágrafo quatorze. Findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

Parágrafo quinze: A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Parágrafo dezesseis. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo dezessete. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

Parágrafo dezoito. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano.

Parágrafo dezenove. A CONTRATADA comunicará o beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, por meio de Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

ou adesão ao plano. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo vinte. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo vinte e um. A CONTRATADA não negará cobertura assistencial, assim como não suspenderá ou rescindir unilateralmente o contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo vinte e dois. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e o (a) CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 6ª – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Parágrafo primeiro. Para fins do que dispõe o art. 35-C da Lei n.º 9.656/98 e para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) **Urgência:** situações que impliquem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) **Emergência:** situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo segundo. Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente, conforme o caso), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo terceiro. Quando o beneficiário estiver em período de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo quarto. Se, na continuidade do atendimento mencionado no parágrafo anterior, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas e assegurará a remoção nas condições previstas no inciso abaixo.

Parágrafo quinto. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para outro hospital durante o atendimento classificado como urgência ou emergência quando:

- a) caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento**, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e
- b) for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária.

Parágrafo sexto. A remoção de que trata o parágrafo anterior será realizada em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida.

Parágrafo sétimo. Na remoção prevista no Parágrafo quinto, letra “b” cabará à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do beneficiário na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo oitavo. Quando o beneficiário estiver no período de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e optar, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo nono. Quando o beneficiário estiver no período de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e a remoção para unidade do SUS não for possível por haver risco de morte, o (a) CONTRATANTE arcará com o ônus do atendimento, devendo negociar com o prestador a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, ficando a CONTRATADA isenta desse ônus.

Parágrafo dez. A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido os períodos de carência, mediante autorização do médico assistente e consentimento do



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

próprio beneficiário ou de seu responsável. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

a) Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

1. De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
2. De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
3. De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
4. De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

b) Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

1. de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.**
2. de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano,** conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

Parágrafo onze. Quando o beneficiário estiver internado em unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, **indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica**, a CONTRATADA garantirá a sua



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

remoção para outro estabelecimento da rede própria ou credenciada.

Parágrafo doze. É garantido ao beneficiário o reembolso em conformidade com disposto no inciso VI do artigo 12 da Lei 9.656/98 em caso de atendimento de urgência e emergência somente quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e de atuação do plano.

Parágrafo treze. O reembolso dos atendimentos de urgência e emergência, mencionado no parágrafo anterior, será efetuado de acordo com as obrigações avençadas entre CONTRATANTE e CONTRATADA, respeitados os prazos de carência, cobertura parcial temporária (CPT), área de abrangência e atuação do plano, segmentação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. O valor reembolsado corresponderá aos valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Parágrafo quatorze. A CONTRATADA reembolsará o beneficiário, quando deixar de garantir a cobertura mencionada na Cláusula 4ª dentro dos prazos previstos na RN n.º 259/2011, por inexistência ou indisponibilidade de prestador da rede assistencial, desde que o beneficiário realize contato prévio com a CONTRATADA demandando pelo atendimento.

Parágrafo quinze. Os prazos de atendimento a que se refere o parágrafo anterior são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento perante a CONTRATADA, por meio dos Canais de Atendimento indicados no verso do cartão do plano de saúde.

Parágrafo dezesseis. O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

Parágrafo dezessete. As solicitações de reembolso previstas nesta cláusula, deverão ser formalizadas pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, perante a CONTRATADA no prazo máximo de 1 (um) ano da data do atendimento ou da alta.

Parágrafo dezoito. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (*cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento*). Necessário apresentar também:



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- a) **Em caso de atendimento de urgência ou emergência:** declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
- b) **Em caso de atendimento eletivo:** número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

Parágrafo dezenove. A CONTRATADA efetuará o reembolso previsto nesta **cláusula em até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação.**

CLÁUSULA 7ª – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

I. Coparticipação

Parágrafo primeiro. A coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada **em conjunto** com a mensalidade do plano de saúde.

Parágrafo segundo. A coparticipação incidirá sobre os seguintes serviços/procedimentos:

- a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;
- b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;
- c) consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

Parágrafo terceiro. A coparticipação será de **50% (cinquenta por cento)** sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, observado o limite máximo de R\$ 145,00 (cento e quarenta e cinco reais) por serviço/procedimento realizado.

Parágrafo quarto. Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos serviços/procedimentos, não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

Parágrafo quinto. A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação sujeitará o (a) CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo sexto. Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, será cobrado o valor de **R\$ 24,00 (vinte e quatro reais)** por diária excedente.

Parágrafo sétimo. Os valores constantes na Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA e respectivos limites máximos serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

II. Cartão de Identificação

Parágrafo primeiro. A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e dependentes o cartão individual de identificação, constando o prazo de validade.

Parágrafo segundo. Para utilização do plano de saúde, o beneficiário deve apresentar o cartão individual de identificação e documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial (por exemplo: carteira de identidade, carteira de trabalho, carteira profissional, passaporte, etc.).

Parágrafo terceiro. Caso o beneficiário não esteja na posse do cartão individual de identificação e necessite de atendimento, deverá entrar em contato com a CONTRATADA que lhe fornecerá o código de identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identificação com foto, emitido por órgão oficial, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo quarto. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do (a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo quinto. Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 15,00 (quinze reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Parágrafo primeiro. Os serviços contratados serão prestados na forma abaixo descrita e a autorização prévia ocorrerá de forma a viabilizar o cumprimento dos prazos de atendimentos estabelecidos em normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes na data da solicitação.

Parágrafo segundo. A CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

e próteses cirúrgicas) de preferência nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados nacionalizados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

Parágrafo terceiro. A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo profissional solicitante, pelo médico da operadora e por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo pelos dois primeiros, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme previsto em normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

Parágrafo quarto. O atendimento e autorização observarão:

a) Consultas Médicas: os beneficiários são atendidos no consultório dos **médicos cooperados**, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

b) Consultas/Sessões com: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

c) Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais cooperados, credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

d) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência), respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento. Em caso de divergência médica, será aplicado mecanismo de



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

junta médica acima previsto;

e) Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;

f) Cirurgia buco-maxilo-facial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

g) Medicamentos de uso domiciliar para: terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;

h) Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriásica, doença de crohn e espondilite anquilosante: a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

Parágrafo quinto. As regras acima não se aplicam ao atendimento de urgência ou emergência, devidamente declarado pelo médico assistente, estando assegurado o acesso imediato aos procedimentos.

Parágrafo sexto. Não caberá a aplicação de nova contagem de prazo para garantia de atendimento nos termos da legislação vigente na data do atendimento, nas seguintes situações:



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

a) Na continuidade do tratamento de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, que serão autorizados conforme prescrição, justificativa clínica e prazo definido pelo médico assistente para assegurar a continuidade do tratamento. Respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT;

b) No procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos”, que serão autorizados conforme prescrição do médico assistente, por se tratar de continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer.

Parágrafo sétimo. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para comunicar a CONTRATADA da realização do atendimento.

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

Parágrafo nono. Sempre que houver dificuldade no agendamento do serviço ou atendimento, seja por indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano, o beneficiário ou seu responsável deverá contatar a CONTRATADA, por meio do telefone informado no verso do cartão do plano de saúde, e solicitar o agendamento do atendimento, observadas as regras abaixo:

- a) O atendimento solicitado será assegurado pela CONTRATADA em município integrante da área de abrangência e atuação do plano, nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da solicitação, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário;
- b) A contagem do prazo para garantia do atendimento é contado a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento.

Parágrafo dez. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo onze. A CONTRATADA, a seu critério, poderá exigir que o beneficiário se submeta a exame pericial, com o intuito de realizar análise técnica do procedimento médico solicitado. Os custos com honorários médicos e exames, neste caso, serão arcados pela CONTRATADA.

Parágrafo doze. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no **Guia eletrônico através do sítio www.unimedflorianopolis.com.br, sob a indicação de Rede ES01. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do “site”, conforme previsto na Cláusula Disposições Gerais.**

Parágrafo treze. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: www.unimedflorianopolis.com.br e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

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

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

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

c) Nos casos de substituição ou suspensão temporária do estabelecimento hospitalar em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição por vontade da CONTRATADA, esta deverá solicitar à ANS autorização expressa para redimensionamento de rede e posteriormente deverá comunicar ao CONTRATANTE.

e) A redução do número de prestadores da rede do plano não implica em qualquer direito de redução dos valores de mensalidade fixados.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

CLÁUSULA 8ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

I – MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE PARA EX-EMPREGADOS

Parágrafo primeiro. No caso de rescisão se justa causa do contrato de trabalho, exoneração ou aposentadoria do titular, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação de internação, área geográfica de abrangência e fator moderador), que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

a) já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa.

b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, e comunique a decisão à CONTRATADA;

c) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da comunicação do direito ao benefício, que deverá ser formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;

d) o formulário com a opção de manutenção do plano seja entregue no prazo, devidamente preenchido e assinado;

e) o beneficiário, na condição de ex-empregado, assuma o pagamento integral de todas as suas despesas e de seus dependentes.

Parágrafo segundo. Para fins desta cláusula entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo beneficiário, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade do plano de saúde.

Parágrafo terceiro. O valor pago a título de mensalidade dos dependentes, assim como aquele pago única e exclusivamente em procedimentos, a título de coparticipação ou franquia, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica não são



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

considerados contribuição.

Parágrafo quarto. O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações. É permitido ao empregador subsidiar o plano ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

Parágrafo quinto. Os beneficiários que se encontram em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), na data da rescisão do contrato de trabalho, cumprirão o período restante, contado a partir da data da sua inscrição na condição de ex-empregado.

Parágrafo sexto. O tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde na condição de ex-empregado será de:

a) Para os demitidos ou exonerados sem justa causa: um terço do tempo de contribuição nos planos de saúde em pré-pagamento, contratados pelo (a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

b) Para os aposentados com rescisão do contrato de trabalho:

b.1) se tiver contribuído por 10 (dez) anos ou mais nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo (a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: de forma vitalícia.

b.2) se tiver contribuído por menos de 10 (dez) anos nos planos de saúde em pré-pagamento contratados pelo (a) Contratante, mesmo que em operadoras diferentes, sem interrupção: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo sétimo. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a ser demitido é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998. O direito a manutenção do plano será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador. O direito de manutenção também é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo oitavo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular desde que



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo nono. No período de manutenção da condição de beneficiário, somente poderão ser incluídos novo cônjuge e novos filhos do ex-empregado.

Parágrafo dez. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo onze. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos neste plano.

Parágrafo doze. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

- a) pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido;
- b) em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE para empregados ativos e ex-empregados.

Parágrafo treze. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

CLÁUSULA 9ª - ABSORÇÃO DE CARÊNCIA EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Parágrafo primeiro. Em caso de rescisão deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, **pelo valor de tabela de vendas vigente na data da adesão.**

Parágrafo segundo. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no contrato rescindido.

Parágrafo terceiro. Os beneficiários devem fazer a **adesão** ao plano individual ou familiar, no **prazo máximo de 30 dias após a rescisão deste contrato.**



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo quarto. É responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar os beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de adesão acima mencionado.

CLÁUSULA 10ª – CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Parágrafo primeiro. Será excluído do contrato, o beneficiário titular e dependentes:

a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;

b) quando perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para funcionários demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;

c) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;

d) quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;

e) quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;

f) quando se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, **desde que o beneficiário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência**, implicará na suspensão do atendimento ou na exclusão, do beneficiário e dependente em atraso, a critério da CONTRATADA;

Parágrafo segundo. Também serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

Parágrafo terceiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar o vínculo dos beneficiários titulares com o (a) CONTRATANTE e a comprovação de dependência dos beneficiários dependentes em relação ao titular.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo quarto. Os beneficiários dependentes inscritos no plano conforme cláusula de Condições de Admissão, que perderem a condição de dependência, poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, **em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda do direito**, para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, aproveitados os prazos de carência e cobertura parcial temporária já cumpridos neste contrato.

Parágrafo quinto. **Encerrado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de ex-empregado, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio.** Estes poderão exercer a portabilidade especial de carências nos termos da legislação vigente, que deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

Parágrafo sexto. O (A) CONTRATANTE deve informar as **exclusões à CONTRATADA, que estabelecerá data limite para** que surtam efeito no mês subsequente.

CLÁUSULA 11 - DO PREÇO**11.1. Plano Uniflex, Estadual, Enfermaria, 50% de Co Participação**

Valor máximo por procedimento da co participação: R\$145,00 (cento e quarenta e cinco reais).

Faixa Etária	Mensalidade
Até 18	107,75
19 a 23	134,69
24 a 28	170,25
29 a 33	201,49
34 a 38	237,05
39 a 43	269,05
44 a 48	304,62
49 a 53	345,99
54 a 58	441,45
59 ou mais	629,11

CLÁUSULA 12ª – REAJUSTE



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo primeiro. Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como os valores previstos na Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme parâmetros abaixo:

I. Contrato com 30 (trinta) ou mais beneficiários:

a) Reajuste conforme a variação positiva do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro índice que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT%, apurado no período, caso a sinistralidade do (s) contrato (s) da Contratante atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**.

b) A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

b. 1) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

b.2) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

c) O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 04 (quatro) meses em relação ao período de aplicação do reajuste do contrato.

II. Contrato com menos de 30 (trinta) beneficiários:

a) Quando o número de beneficiários do contrato for inferior a 30 (trinta), o reajuste anual será apurado considerando o agrupamento de todos os contratos coletivos da Contratada com menos de 30 (trinta) beneficiários, conforme estabelecido em Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A apuração de beneficiários será realizada anualmente conforme parâmetros abaixo:

a.1) Na primeira apuração será considerada a quantidade de beneficiários na assinatura do contrato;

a.2) Para as apurações seguintes, será considerada a quantidade de beneficiários no último aniversário do contrato.

b) O índice de reajuste para contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários será em conformidade com o IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado – FGV), ou por outro que o



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

substitua no caso de sua extinção, somado ao Índice de Reajuste Técnico - IRT, caso a sinistralidade do agrupamento de contratos atinja patamar superior a **75% (setenta e cinco por cento)**, seguindo os parâmetros abaixo:

b.1) O IGPM e o Índice de Reajuste Técnico serão apurados no período de 12 meses consecutivos, com uma defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste do agrupamento.

b.2) O cálculo do Índice de Reajuste Técnico – IRT será realizado com base na seguinte fórmula:

$$IRT\% = \left(\frac{SIN}{75\%} - 1 \right) * 100$$

Onde:

SIN: é a sinistralidade ou índice de utilização do agrupamento de contratos em percentual. A multiplicação por 100 é apenas para transformar o índice em percentual.

$$SIN = \left(\frac{\text{Total de Despesas Assistenciais} - \text{Total de Co - participação}}{\text{Total de Receitas Líquidas do Período}} \right) * 100$$

Portanto, quando a sinistralidade do agrupamento superar o patamar de **75% (setenta e cinco por cento)** o índice de reajuste contratual será composto pela soma do índice de reajuste técnico e do IGPM – Índice Geral de Preços de Mercado, (IRT% + IGPM).

c) A CONTRATADA divulgará o índice de reajuste apurado no portal corporativo até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, bem como a relação dos contratos agrupados. O índice apurado será aplicado no período de maio do ano corrente até abril do ano seguinte, na data de aniversário de cada contrato.

Parágrafo segundo. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, **ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.**

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

Parágrafo quarto. A CONTRATADA comunicará à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS o percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias, conforme determina a legislação competente.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Parágrafo quinto. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA a que se refere à cláusula Mecanismos de Regulação serão atualizados anualmente. Os reajustes serão aplicados em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre a operadora e a rede prestadora de serviços assistenciais, dentro dos parâmetros estabelecidos nas normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS.

CLÁUSULA 13ª – REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

Parágrafo primeiro. As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária	Percentual de reajuste
00 a 18	0,00%
19 a 23	25,00%
24 a 28	26,40%
29 a 33	18,35%
34 a 38	17,65%
39 a 43	18,18%
44 a 48	16,15%
49 a 53	13,58%
54 a 58	16,62%
59 ou +	28,50%

Parágrafo segundo. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b. a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 14 - DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO FINANCEIRO

Será admitido o reajuste de cada preço registrado, por acordo das partes, nas situações previstas no artigo 65, inciso II, alínea d, da Lei 8.666/93, para manter o equilíbrio econômico financeiro.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

CLÁUSULA 15 - DOS PAGAMENTOS

15.1. O pagamento será feito mensalmente, em parcelas iguais e sucessivas, mediante apresentação das notas fiscais/faturas com atesto de recebimento dos serviços relativos ao mês anterior, além de novas certidões negativas atualizadas de débitos federais, previdenciários, trabalhistas e do FGTS.

15.2. A data de vencimento das faturas será o dia 10 de cada mês.

15.2. O pagamento será efetuado em até 07 (sete) dias úteis após a entrega da respectiva nota fiscal/fatura de prestação do serviço, contendo nome e CNPJ do COREN/SC, conforme preâmbulo, descrição do serviço executado e valor cobrado, além de dados para depósito bancário do valor a pagar e atesto de recebimento do objeto por responsável da Instituição;

15.3. A forma de pagamento será o depósito bancário, em conta de titularidade da CONTRATADA, especificada na nota fiscal ou fatura em anexo.

15.4. Sendo a nota fiscal/fatura devolvida para correção por parte da CONTRATADA, o prazo para pagamento será contado a partir da data de sua reapresentação.

15.5. No caso de eventual atraso de pagamento, por culpa da contratante, o valor devido será atualizado financeiramente desde a data referida, pelo INPC acumulado dos meses em atraso.

CLÁUSULA 16 - DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

A CONTRATADA responsabiliza-se a:

16.1. Executar todos os serviços referentes ao objeto de acordo com a especificação disposta na Cláusula Primeira;

16.2. Cumprir o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, de acordo com o previsto no inciso V do artigo 27 da Lei n. 8666, de 21 de junho de 1993, com a redação que lhe deu a Lei n. 9854, de 27 de outubro de 1999.

16.3. Manter seus empregados quando em serviço nas dependências da CONTRATANTE, devidamente identificados.

16.4. Providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pela Contratante, quanto ao objeto contratado;

16.5. Fiscalizar o perfeito cumprimento do objeto deste contrato, cabendo-lhe, integralmente o ônus decorrente, independente da exercida pela Contratante;

16.6. Adotar todas as providências e assumir todas as obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes do trabalho quando, em ocorrência da espécie, forem vítimas os seus empregados no desempenho dos serviços ou em conexão com eles, ainda que verificados em dependências da Contratante;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

16.7. Em nenhuma hipótese veicular publicidade ou qualquer outra informação acerca das atividades objeto do Contrato, sem prévia autorização da Contratante;

CLÁUSULA 17 - DAS PENALIDADES

17.1. Pelo atraso injustificado ou pela inexecução total ou parcial do contrato, a Contratada poderá, garantida a defesa prévia, sofrer as seguintes sanções contratuais:

- a) Advertência;
- b) Multa de 10% sobre o valor do Contrato;
- c) Suspensão do direito de licitar junto ao Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina por até 05 (cinco) anos, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos resultantes. A punição poderá abranger, além da empresa, seus diretores e responsáveis técnicos.
- d) Rescisão contratual sem que decorra do ato direito de qualquer natureza à Contratada.

17.2. Ainda nos termos do artigo 7º da Lei 10.520, de 17 de julho de 2002, se a Contratada, convocada dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedida de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, e será descredenciada nos sistemas de cadastramento de fornecedores, pelo prazo de 05 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas neste contrato e das demais cominações legais.

CLÁUSULA 18 - DA RESCISÃO

18.1. O não cumprimento ou o cumprimento irregular das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, por parte da Contratada, assegurará ao COREN/SC o direito de rescindir este contrato, mediante notificação através de ofício, entregue diretamente ou por via postal, com prova de recebimento, sem ônus de qualquer espécie para a Administração.

18.2. O presente instrumento poderá ser rescindido, ainda, nas seguintes modalidades, sem prejuízo do disposto no art. 78 da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada:

18.2.1. Unilateralmente, a critério exclusivo do COREN/SC, mediante formalização, assegurado o contraditório e a ampla defesa, nos seguintes casos:

- I. o atraso injustificado, a juízo da Administração, na entrega dos itens licitados;



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- II. entrega dos itens fora das especificações constantes no Objeto deste Contrato;
- III. a subcontratação total do objeto deste Contrato caracterizando a mera intermediação financeira, a associação da contratada com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, que afetem o cumprimento da obrigação assumida;
- IV. o desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, assim como as de seus superiores;
- V. o cometimento reiterado de faltas na execução do objeto deste contrato, anotadas na forma do § 1º, do art. 67, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada;
- VI. a decretação de falência ou a instauração de insolvência civil;
- VII. a dissolução da empresa;
- VIII. a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa que, a juízo da Administração, prejudique a execução deste Contrato;
- IX. razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a contratada e exaradas no processo administrativo a que se refere este instrumento.
- X. a ocorrência de caso fortuito ou força maior, regularmente comprovados, impeditivos da execução do Contrato.

18.2.2. Amigavelmente, por acordo entre as partes, reduzido a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração;

18.2.3. Judicialmente, nos termos da legislação vigente.

18.2.4. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada pela autoridade competente.

CLÁUSULA 19 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

A CONTRATANTE ficará obrigada a:

a) Promover, através de seu representante, o acompanhamento e a fiscalização dos serviços contratados, sob os aspectos quantitativos e qualitativos, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da Contratada.

b) Efetuar o pagamento à Contratada, de acordo com as condições estabelecidas neste Contrato.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

c) Permitir o livre acesso dos empregados identificados pela CONTRATADA quando necessário;

CLÁUSULA 20 - DA VIGÊNCIA

Prazo Contratual: 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado, quando de interesse da CONTRATANTE, até o limite de 60 (sessenta meses), com atualização de valores conforme a Cláusula 3ª.

CLÁUSULA 21 - DO FORO

Elegem, as partes contratantes, a Justiça Federal de Florianópolis, SC, para dirimir todas e quaisquer controvérsias oriundas deste Contrato, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

E, assim, por estarem justas e contratadas, as partes, por seus representantes legais, assinam o presente contrato, em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um só e jurídico efeito, perante as testemunhas abaixo assinados, a tudo presentes.

Florianópolis, 15 de maio de 2017.

CONTRATANTE

Dr. Helga Regina Bresciani

COREN/SC 29.525

Presidente do Coren/SC

CONTRATANTE

Dr. Alessandra Junkes Coutinho

COREN/SC 183306

Presidente do Coren/SC

CONTRATADA

Dr. Waldemar de Souza Junior

CRM 5204

Superintendente – Unimed

CONTRATADA

Dr. Felipe Barbieri Wohlgemuth

CRM 10151

Vice-Presidente – Unimed

Testemunha 1

Nome:

CPF/MF:

Testemunha 2

Nome:

CPF/MF:



Coren/SC

Fls. nº _____

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73