

**CONTRATO Nº 09/2015****PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 144/2015
DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 123/2015**

INSTRUMENTO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, O CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE SANTA CATARINA - CAU/SC, E DE OUTRO, A EMPRESA AGEMED SAÚDE S.A, PARA A CONTRATAÇÃO, CONTRATAÇÃO DE OPERADORA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL, HOSPITALAR e OBSTÉTRICA, AOS FUNCIONÁRIOS DO CAU/SC e RESPECTIVOS DEPENDENTES.

DAS PARTES

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o **CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DE SANTA CATARINA – CAU/SC**, pessoa jurídica de direito público, autarquia federal de fiscalização profissional, regida pela Lei nº 12.378, de 31 de dezembro de 2010, inscrito devidamente no CNPJ/MF sob o nº 14.895.272/0001-01, com sede na Avenida Prefeito Osmar Cunha, 260 – Ed Royal Business Center, 6º andar – Centro, Florianópolis/SC, neste ato representado por seu Presidente, **Luiz Alberto de Souza, brasileiro**, casado, arquiteto e urbanista, portador da Carteira de Identidade nº 46341528, expedida pela SSP/SC, inscrito no CPF sob o nº 312.020.559-15, residente e domiciliado à Rua Padre Kolb, nº 1510, ap.902, Joinville/SC, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado **AGEMED SAÚDE S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ sob nº 02.933.220/0001-01, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS sob o nº 33960-1, com sede e foro na cidade de Joinville, Estado de Santa Catarina, na Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, nº 693, Bairro Bucarein, CEP 89202-4500, neste ato representada pela chancela da Sra. Soraia de Assis, brasileira, divorciada, Vice-Presidente da Operadora, portadora da CI/RG nº 2/R 3.206.365-2 (SSP/SC) e inscrita no CPF/MF sob nº 901.581.569-00, residente e domiciliada na Rua Maringá nº 52, apto 601, Bairro Anita Garibaldi, CEP 89.203-590 e do Sr. Mario Luís da Silva, brasileiro, casado, Diretor da Operadora, portador da CI/RG nº 5.552.795 (SSP-SC) e



inscrito no CPF/MF sob n.º 459.951.410-15, com endereço profissional na cidade de Joinville, Estado de Santa Catarina, na Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, nº 693, Bairro Bucarein, CEP 89.202-450, doravante denominada CONTRATADA, celebram o presente **CONTRATO nº09/2015**, decorrente da Dispensa de Licitação nº 123/2015, referente ao Processo Administrativo nº 144/2015, tendo como ato autorizador a Deliberação Plenária nº 48/15 de 19 de junho de 2015, passando a proposta da **CONTRATADA**, independentemente de sua transcrição, a fazer parte integrante e complementar deste Instrumento, sujeitando-se às normas e disposições contidas na Lei nº 8.666/93 e demais regulamentos e normas que regem a matéria, mediante as Cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA- DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 – O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde, referente aos **SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL, HOSPITALAR e OBSTÉTRICA, AOS FUNCIONÁRIOS DO CAU/SC e RESPECTIVOS DEPENDENTES, SEM COPARTICIPAÇÃO**, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei Federal nº 9.656/98, abrangendo as coberturas do Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

1.2 – Este contrato é bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da Lei nº 8666/93 e o disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor, tendo por características principais a bilateralidade e a onerosidade.

1.3 – Fazem parte integrante deste Contrato os seguintes documentos:

- a) Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM, documento preenchido de acordo com o produto adquirido e devidamente assinado pela Contratante;
- b) Declaração de Saúde, documento cuja obrigatoriedade é determinada por lei e onde o usuário informa o seu estado de saúde;
- c) Proposta de Adesão Digital, documento enviado juntamente com o Contrato, com as respectivas condições específicas do produto adquirido;
- d) Guia de Leitura Contratual, guia de orientação sobre o conteúdo do Contrato, documento exigido pela Resolução Normativa nº 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA SEGUNDA- DO USUÁRIO TITULAR, DOS DEPENDENTES E DAS CONDIÇÕES DE INCLUSÃO CONTRATUAL

2.1 – Usuário Titular é a pessoa que apresenta vínculo efetivo com a empresa Contratante (empregatício, associativo ou sindical). O usuário dependente é aquele incluído pelo usuário titular, assim considerados:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro(a);
- c) filhos naturais e/ou adotivos, igual ou menor de 24 anos e;
- d) os filhos comprovadamente incapazes

Mário Luis da Silva  Assis 
AGEMED SAÚDE S.A.

**2.2 – Será assegurado:**

- a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto e, desde que o plano contratado possua cobertura para atendimento obstétrico;
- b) Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;
- c) Às crianças nascidas de PARTO COBERTO pela Operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na Operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo;
- d) O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação contratada, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso;
- e) O filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada;
- f) Em planos coletivos, a inscrição de dependente prevista nos itens *d* e *e* observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a Operadora e a Contratante.

2.3 – A Contratante deverá fornecer à Operadora, quando da solicitação de inclusão de usuários/dependentes, todos os documentos e comprovantes legais hábeis a atestar tanto a condição de usuário titular quanto a de usuário dependente, dentre eles mas não se limitando a: certidão de casamento, certidão de nascimento, cópia do RG, cópia do CPF, comprovante do vínculo empregatício (associativo ou sindical), comprovante de residência, guia FGTS, assim como todos os demais dados exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

2.4 – A inobservância dos itens acima e o não fornecimento pela Contratante das documentações necessárias à inclusão do usuário/dependente e/ou a comprovação de sua condição perante a Contratante, acarretará consequentemente a NÃO inclusão do mesmo junto a Operadora e/ou a sua exclusão contratual por falta de dados. Em ambas as situações, a Operadora estará isenta das obrigações assistenciais objeto deste contrato, cabendo à Contratante as responsabilidades decorrentes, inclusive de ordem financeira.

2.5 – Fica estabelecido que, após a primeira fatura será permitida a inclusão de novos usuários, salvo se forem recém admitidos, recém casados e/ou recém nascidos/adotados. Para estes casos em particular, a inclusão não poderá ocorrer em prazo superior a 30 (trinta) dias do evento (admissão, casamento e/ou nascimento).

Parágrafo Primeiro: O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Segundo: Os usuários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato,





exceto os dependentes recém casados, recém nascidos e filhos adotivos inscritos conforme Cláusula 12.

2.6 – Fica estabelecido que a Contratante é responsável pela inclusão/exclusão de usuários, por meio do sistema WEB Empresas, isentando a Operadora de qualquer responsabilidade pelos dados lá incluídos. O acompanhamento do processo de inclusão/exclusão de usuário por meio do canal WEB Empresas é de responsabilidade exclusiva da Contratante, de modo que esta deverá proceder com eventual correção solicitada pela Operadora para finalização do processo de inclusão/exclusão e arcará com o pagamento integral da mensalidade até que seja corrigido eventual erro apontado pela Operadora.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS

3.1 – A Contratante, no ato da assinatura da Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM, ficará investida - perante a Operadora - dos poderes de representação dos usuários e seus dependentes, principalmente para negociar inclusão/exclusão contratual, reajustes e/ou alterações contratuais.

3.2 – A Operadora encaminhará à Contratante todas as documentações, comunicações ou avisos pertinentes ao presente Contrato, devendo esta última, na qualidade de representante dos usuários/dependentes, repassar a estes cópia de todos os documentos recebidos, dentre eles cópia deste Contrato de Condições Gerais, do Guia Médico e do Guia de Leitura Contratual, ficando inteiramente responsável pela inobservância deste item, em caso de desconhecimento contratual alegado pelo usuário.

CLÁUSULA QUARTA - IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS

4.1 – Após a efetivação do cadastramento do usuário e seus dependentes junto à Operadora, esta fornecerá um Cartão Individual de Identificação, com validade anual, cuja apresentação juntamente com um documento de identificação oficial com foto será indispensável para utilização dos serviços ora contratados, sob pena de não ser atendido, não cabendo, neste caso, nenhuma responsabilidade à Operadora. A Operadora disponibilizará Guia Médico Atualizado à Contratante, comprometendo-se esta em divulgá-lo e em informar os caminhos de acesso aos seus usuários.

4.2 – Em caso de exclusão de usuários/dependentes, rescisão, resolução ou rescisão do presente contrato, será de inteira obrigação e responsabilidade da Contratante o recolhimento e respectiva devolução dos cartões individuais de identificação à Operadora, sob pena de responder por todos os prejuízos decorrentes de seu uso indevido.

4.3 – Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo na forma contratada, pelos usuários/dependentes que perderem essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários/dependentes, com ou sem o conhecimento destes.

4.4 – Ocorrendo utilização dos serviços próprios ou credenciados sem o devido pagamento do custo mensal do plano (configurando utilização indevida), fica a Contratante responsabilizada quanto ao ressarcimento à Operadora do valor correspondente aos serviços prestados e suportados financeiramente.

4.5 – Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela Operadora, a Contratante obriga-se a comunicar de imediato o fato à Operadora, por escrito, responsabilizando-se pelo seu uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela Operadora.





4.6 – O custo para emissão de segunda via do cartão de identificação será de R\$ 5,00 (cinco reais) pagos à Operadora na data da solicitação do novo cartão.

CLÁUSULA QUINTA- SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A Contratante/usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, do Plano contratado de acordo com as condições específicas abaixo discriminadas.

5.1 – SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

A cobertura deste item compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no rol de procedimentos constantes na Resolução Normativa vigente, emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observadas as seguintes abrangências:

a) Cobertura de Consultas Médicas

Garante as despesas efetuadas com a realização de consultas médicas inclusive obstétricas para pré-natal.

1 - Como consulta médica entende-se o encontro do profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina com o paciente não internado, para fins de assistência e tratamento médico, consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica;

2 - Os retornos da primeira consulta para acompanhamento, avaliação de exames complementares e prescrição terapêutica não serão considerados como nova consulta e conseqüentemente não gerarão honorários;

3 - Não haverá limite de consultas por usuário, ressalvadas as carências legais e contratuais, bem como as condições previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, notadamente no que diz respeito às especialidades de nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia.

b) Cobertura de exames complementares

Garante as despesas efetuadas com exames complementares realizados fora do regime de internação hospitalar.

c) Cobertura de procedimentos ambulatoriais

Garante as despesas efetuadas com a realização de pequenas cirurgias e/ou tratamentos ambulatoriais, mesmo que em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação, conforme definição no rol de procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

d) Cobertura de procedimentos ambulatoriais especiais

Garante as despesas efetuadas com a realização dos seguintes procedimentos ambulatoriais, considerados especiais.

1 - Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD;

2 - Quimioterapia Ambulatorial;

3 - Radioterapia;

4 - Hemoterapia Ambulatorial; e

5 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais

e) Cobertura de atendimento psiquiátrico ambulatorial

Garante o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão





(CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

- a) tratamento básico, entendendo-se como tal, aquele que prestado por médico, com número ilimitado de consultas;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes; e
- d) psicoterapia de crise nos termos da Diretriz de Utilização vigente, prevista no Rol de Procedimentos emitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

5.2 - SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

A cobertura deste item garante os atendimentos e despesas médicas e/ou hospitalares a seguir elencados:

a) Cobertura de Internação

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internamentos para fins clínicos ou cirúrgicos que necessitem de ambiente hospitalar. Serão cobertas as despesas decorrentes de:

- diárias de internação na acomodação prevista nas condições particulares.
- 2 - diárias de unidade de terapia intensiva - UTI - e unidade de isolamento ou similares;
- 3 - honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 4 - exames complementares indispensáveis para o controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia/radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internamento hospitalar;
- 5 - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados; e
- 6-acomodação e alimentação padrão fornecida pelo hospital para um único acompanhante, desde que o paciente seja menor de 18 anos ou maior de 60 anos; ou que seja portador de necessidades especiais. *Excetua-se desta condição o padrão de contratação Executivo ou Especial, onde a Contratante terá assegurada a cobertura do café da manhã para acompanhantes.*

b) Cobertura de Procedimentos Especiais Durante a Internação

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares realizados durante o período de internação com os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- 1 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 2 - Quimioterapia;
- 3 - Radioterapia;
- 4 - Hemoterapia;
- 5 - Nutrição enteral e parenteral;
- 6 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 7 - Embolizações e radiologia intervencionista;
- 8 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 9 - Fisioterapia;





10 - Transplantes de rins e córnea, bem como despesas com procedimentos vinculados, entendassem como tal, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

10.1) Despesas assistenciais com doadores vivos;

10.2) Medicamentos utilizados durante a internação;

10.3) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação e manutenção;

10.4) Despesas com captação, transporte e preservação do órgão na FA de ressarcimento ao SUS.

Obs.: o candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNDOS e se sujeitará ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) Cirurgia Plástica Reconstructiva de Mama

Utilizando-se os meios cabíveis para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme determina o art. 10-A da Lei Federal nº 9.656/98.

d) Cobertura de Internamento Psiquiátrico

Garante tratamento sob regime de internamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10) sendo cobertos:

1 - o custo integral até 30 dias de internação por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermagem psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

2- o custo integral até 15 dias de internação por ano de contrato, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

3 - Se os períodos de internação psiquiátrica acima descritos, 15 e 30 dias, forem excedidos consecutivamente ou não, dentro do período de 12 (doze) meses, a Contratante pagará à Operadora, a título de coparticipação, o percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os totais das despesas de internação do período em excesso.

4 - Cobertura obrigatória em hospital dia quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14); b. paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29); c. paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, F31); d. paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

5.3 – SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

Compreende toda a cobertura prevista na segmentação ambulatorial e hospitalar, dos procedimentos relativos ao pré-natal, acrescida ainda da assistência às despesas médico-hospitalares efetuadas com internamentos motivados por gravidez e suas conseqüências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

a) Serão cobertas as despesas com assistência à saúde ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

**CLÁUSULA SEXTA- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Para efeito desta cobertura entende-se:

(i) como atendimento de emergência aquele que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico;

(ii) como atendimento de urgência, o resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

a) Como acidente pessoal considera-se o evento ocorrido após o início de vigência do Plano, de forma súbita, involuntária e violenta, por meio exclusivo e diretamente externo que venha a causar lesão física ao usuário do plano, tornando necessário tratamento médico em caráter de urgência.

b) Cobertura de Atendimento Ambulatorial de Urgência/Emergência: Serão cobertas as despesas ambulatoriais decorrentes da realização de atendimento caracterizado como de urgência/emergência que demandem atenção continuada, limitada as primeiras 12 horas de atendimento.

b.1) Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da Contratante, não cabendo ônus à Operadora.

c) Cobertura de Atendimento Hospitalar de Urgência/Emergência: Serão cobertas as despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

c.1) No Plano Hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

d) Cobertura de Urgência/Emergência para Obstetrícia: Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura Obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

d.1) Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a Operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial. (CONSU N° 13, artigo 2°).

e) Quando o atendimento de emergência/urgência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este devesse abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação. A cobertura de urgência/emergência se restringirá as previstas para atendimentos ambulatoriais, caso o atendimento for:

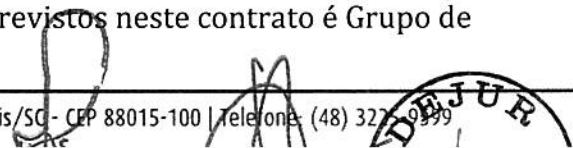
I - decorrente de doença ou lesão preexistente para a qual exista acordo de cobertura parcial temporária;

II - decorrente da condição gestacional de pacientes sem cobertura obstétrica;

III - efetuado no decorrer dos períodos de carência.

CLÁUSULA SÉTIMA - ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

7.1 – A abrangência geográfica para os atendimentos previstos neste contrato é Grupo de Municípios.





7.2 – Para utilização dos serviços contratados, a Contratante deverá observar a rede de prestadores fornecida através do Guia Médico da Operadora, limitando-se à área de abrangência geográfica indicada.

CLÁUSULA OITAVA- PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

8.1 – A Contratante, de acordo com o plano contratado, conta com o seguinte padrão de acomodação em internação:

a) Executivo ou Especial: Acomodação Individual.

8.2 – Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos credenciados pela Operadora, será garantido ao usuário/dependente o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

CLÁUSULA NONA- DO CUSTO MENSAL E MECANISMO DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

9.1 – O Custo Mensal por Usuário será cobrado de forma pré-estabelecida, levando-se em consideração o valor do custo fixo mensal de cada usuário inscrito, de acordo com a respectiva faixa etária, conforme tabela constante na Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM. Os valores apurados serão cobrados integralmente e diretamente da Contratante.

9.1.1. O valor estimado do presente contrato é de R\$ 79.459,68 (setenta e nove mil, quatrocentos e cinquenta e nove reais e sessenta e oito centavos) para um período de 12 (doze) meses, com possibilidade de prorrogação.

9.2 – O pagamento da fatura deverá ser efetuado pela Contratante todo mês no dia indicado para vencimento na Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM acordada entre as partes. Havendo dúvidas acerca das cobranças, a Contratante poderá solicitar - antes do vencimento da fatura - que lhe sejam prestados todos os esclarecimentos necessários à elucidação de suas dúvidas.

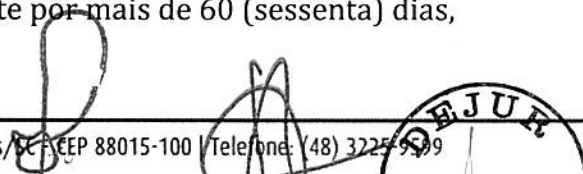
9.3 – O não recebimento da fatura pela Contratante dentro do prazo de pagamento, não a isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, devendo este fato ser notificado em tempo hábil à Operadora, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na automática aplicação de todas as condições que regem o presente Contrato, inclusive no tocante ao seu cancelamento por falta de pagamento.

9.4 – O pagamento antecipado das faturas não elimina nem reduz os prazos de carência já estabelecidos.

9.5 – A Operadora não poderá se responsabilizar em caso de recolhimento por parte da Contratante de qualquer valor a título de pagamento de quitação do serviço objeto deste contrato, junto aos seus funcionários.

9.6 – Ocorrendo a impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 3% (três por cento) ao mês, correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice que venha a substituí-lo, acrescido ainda de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais, sem prejuízo de eventual protesto ou inserção do nome da Contratante nos cadastros de proteção ao crédito.

9.7 – A ausência de quitação das faturas pela Contratante por mais de 60 (sessenta) dias,





consecutivos ou não, implicará no automático cancelamento contratual, na forma da Lei, isentando a Operadora de eventuais responsabilidades por ausência de cobertura ou atendimento aos usuários/dependentes daquele contrato.

9.8 – A Contratante será única e exclusivamente responsável pelos prejuízos e danos ocasionados aos seus usuários/dependentes em decorrência de sua inadimplência, devendo ser responsabilizada e denunciada nos casos de eventuais demandas judiciais proposta pelos usuários/dependentes daquela empresa contra a Operadora.

9.8.1. A Operadora poderá, a seu critério, em caso de inadimplência inferior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, bloquear os atendimentos eletivos até que ocorra o pagamento dos valores em aberto, ressalvadas as condições de urgência/emergência em que os beneficiários serão atendidos normalmente enquanto o contrato não for efetivamente cancelado.

9.9 – Caso a Operadora seja acionada judicialmente por algum usuário/dependente da Contratante, para proceder à cobertura de tratamentos, reparação de danos, indenizações, dentre outros, tendo em vista a rescisão contratual por inadimplência da Contratante e eventualmente venha ser condenada judicialmente ao pagamento destes custos ao usuário/dependente, terá direito de regresso contra a Contratante, podendo cobrar todos os valores suportados, com juros e correções monetárias.

9.10 – A Operadora não interferirá nas relações trabalhistas e/ou estatutárias entre a Contratante e os usuários incluídos no presente contrato.

9.11 – Em caso de doença ou lesão preexistente, devidamente declarada pelo beneficiário/dependente da Contratante, se este ignorar as propostas apresentadas pela Operadora na forma da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS, e optar pela prestação de serviços da Operadora será cobrado o valor de custo operacional do procedimento acrescido da taxa de administração e impostos consistentes em 29% (vinte e nove por cento).

9.12 – Caso o beneficiário/dependente não declare a doença ou a lesão preexistente e ainda sim houver a escolha de atendimento diretamente pela Operadora, será cobrado o valor de custo operacional do procedimento acrescido da taxa de administração e impostos na ordem de 40% (quarenta por cento), ressalvado o direito da Operadora de rescindir o contrato unilateralmente, nos termos do artigo 13, parágrafo único, inciso II da Lei nº 9.656/1998.

9.13 – Afastada a condição de urgência/emergência nas situações em que o beneficiário ainda estiver em período de carência, ultrapassadas as 12 (doze) horas de internação previstas na CONSU/ANS nº 13, caso este ou seus familiares não tenham interesse em dirigir-se para unidade do Sistema Único de Saúde ou assumir o atendimento particular, será cobrado o valor de custo operacional do atendimento que exceder à cobertura, acrescido da taxa de administração e impostos consistentes em 29% (vinte e nove por cento).

9.14 – A Contratante será solidária em quaisquer despesas decorrentes de processos judiciais relativos ao plano de saúde objeto da presente avença, movidos por seus colaboradores/titulares e/ou dependentes, obrigando-se a ressarcir a Contratada, na parte que lhe couber, no prazo de 10 (dez) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS REAJUSTES

10.1 – A atualização dos valores dos custos mensais individuais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, com base nos seguintes critérios:





- a) Reajuste financeiro com base na variação dos custos hospitalares (diárias e taxas hospitalares, materiais, gases medicinais, medicamentos e outros), honorários, introdução de tecnologia de ponta, exames complementares, serviços auxiliares; salários e despesas administrativas, apurados nos últimos 12 (doze) meses;
- b) Reajuste técnico decorrente da alteração do nível de sinistralidade que terá como base a reavaliação dos custos mensais individuais e sinistros da carteira específica da Contratante ocorridos nos últimos 12 (doze) meses, acrescidos da média da variação do IGPM no período ou outro índice que vier substituí-lo.
- c) Os reajustes financeiros e técnicos serão aplicados a todos os usuários/dependente, independentemente da idade;
- d) O critério de atualização previsto nos itens "a" e "b" poderão ter periodicidade inferior a um ano desde que haja concordância da Contratante.
- 10.2-Reajuste através da alteração de faixa etária, em razão da idade do usuário, observando para tanto os percentuais previstos na Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM.
- 10.3 – O reajuste por variação de faixa etária não será aplicado aos usuários com mais de 60 anos de idade, na forma do Estatuto do Idoso – Lei Federal nº 10.741/2003.
- 10.4 – Os critérios de reajuste contratual obedecerão à comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de acordo com as exigências previstas para cada modalidade de contratação.
- 10.5 – A fórmula aplicada para obtenção do índice técnico e conclusão do reajuste apontado no item 10.1 é **Despesa*100/70*100/receita – 100**, de modo que o desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (setenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.
- 10.6 – Por força da Resolução Normativa nº 309/2012 da ANS os contratos de plano de assistência à saúde com até 30 (trinta) beneficiários vinculados, independentemente da segmentação, integrarão agrupamento de contratos para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste anual, observadas as seguintes condições:
- a) a quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de assinatura da Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário do contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento;
- b) para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado;
- c) ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da Operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS;
- d) o cálculo e os critérios de reajuste serão exatamente os mesmo apontados no itens 10.1 e 10.5 desta cláusula do Contrato.
- 10.7-Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO REEMBOLSO



11.1 - A Operadora assegurará, nos limites das obrigações contratuais, o reembolso das despesas efetuadas pela Contratante/Usuário com assistência à saúde, **em caso comprovado de urgência/emergência**, quando não for possível a utilização da rede credenciada da Operadora, de acordo com os critérios e valores a seguir definidos:

a) Despesas Hospitalares:

Independente do valor pactuado entre a Contratante/Usuário e o prestador não credenciado, para efeito de reembolso serão considerados como valor de cada serviço aqueles previstos na Tabela de serviços hospitalares da agemed administradora de planos de saúde Ltda, registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville - SC, sob o nº 00078281, às fls. 00024 no livro B-265, arquivado sob o nº 25086827, ou outra tabela que venha substituí-la.

b) Materiais e Medicamentos:

Independente do valor pactuado entre a Contratante/Usuário e o prestador não credenciado, para efeito de reembolso serão considerados os valores previstos como preço ao consumidor no Brasíndice vigente na data final do atendimento (alta do usuário). Os materiais e medicamentos não constantes no Brasíndice serão reembolsados com base na Tabela de Preços de orteses, próteses e materiais especiais da Agemed, registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville - SC, sob o nº 00078283, às fls. 00026 no livro B-265, arquivado sob o nº 25086827, ou outra tabela que venha substituí-la.

c) Honorários Médicos:

Serão reembolsados a título de honorários médicos os valores previstos na Tabela de valores para reembolso de procedimentos médicos e hospitalares da Agemed Planos de saúde registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville - SC, sob o nº 00076179, às fls. 00022 no livro B-258, arquivado sob o nº 25084697, ou outra tabela que venha substituí-la.

11.2 - Documentação para Reembolso

Para obtenção do reembolso, o solicitante deverá enviar à Operadora os seguintes documentos originais:

- a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, exames pré e pós operatórios e data do atendimento;
- b) Recibos individuais e originais dos honorários médicos devidamente quitados. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal original e quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
 - i. Nome completo do paciente, incluindo CPF e RG;
 - ii. Procedimento e data de sua realização;
 - iii. Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);
 - iv. Valor dos honorários cobrados e valor dos descontos se houver;
 - v. Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;
 - vi. Assinatura do responsável pela emissão do documento com nome legível e CPF.
- c) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, exames e taxas, nome do paciente, data do início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, apresentando indispensavelmente a nota fiscal devidamente quitada. Ainda será facultada à Operadora periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.
- d) Somente serão considerados válidos documentos originais apresentados pelo solicitante à Operadora.



11.3 – O reembolso será realizado no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada pelo solicitante, através de depósito em conta bancária fornecida pelo solicitante ou outra forma ajustada entre as partes.

11.4 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam cálculo correto do ressarcimento, a Operadora poderá solicitar documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias a partir desta entrega. A Contratante/Usuário perderá o direito ao reembolso após decorridos 60 (sessenta) dias da data da alta médica, bem como se o evento ocorrer após a rescisão contratual ou se a rescisão ocorreu por inadimplência da Contratante.

11.5 – A Operadora se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado pela Contratante/Usuário para fins de reembolso, comparando-os com os valores médios para procedimentos idênticos ou similares.

11.6 – Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Beneficiário deverá solicitar, com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Operadora, exceto para urgência e emergência.

11.7 – Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Beneficiário diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede credenciada à Operadora, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral nos casos de atendimento eletivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- CARÊNCIA

12.1 – Os Usuários titulares/dependentes estarão sujeitos ao cumprimento dos seguintes períodos de Carência:

Urgência/Emergência Ambulatorial - 24 horas

Consultas - 24 horas

Exames Complementares - 180 dias

Procedimentos Ambulatoriais Especiais - 180 dias

Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial - 180 dias

Internamento Clínico/Cirúrgico - 180 dias

Internamento Psiquiátrico - 180 dias

Partos - 300 dias

12.2 – No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual a 30 (trinta), não haverá a exigência de cumprimento de prazo de carência. A exigência de carência se aplicará quando o quantitativo estiver abaixo de 30 participantes no momento da inclusão do usuário/dependente no plano ou do quantitativo da massa no momento da contratação.

12.3 – A Operadora considerará, para fins de contagem e aplicação dos prazos de carência, a data de vencimento do primeiro boleto que considerar a inclusão do beneficiário, na forma do contrato e do pedido realizado pela Contratante, desde que seja devidamente quitado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA- REMOÇÃO

13.1 – Fica garantida pela Operadora a remoção inter-hospitalar em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do paciente depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e desde que caracterizado pelo



médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela rede credenciada para a continuidade do tratamento.

13.2 – Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a Operadora está desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

13.3 – Quando a remoção não puder ocorrer por risco de morte, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a Operadora deste ônus.

13.4 – A remoção do paciente se dará por via terrestre dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato e desde que a modalidade de contratação inclua internação hospitalar.

13.5 – Nos contratos de plano hospitalar e referência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais, ou seja, a Operadora garantirá cobertura limitada até as 12 primeiras horas do atendimento ou até a necessidade de internação, bem como a remoção do paciente para uma das unidades do sistema único de saúde (SUS) que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOS RISCOS EXCLUÍDOS

14.1 – Estão expressamente excluídas das coberturas deste plano de assistência à saúde, as despesas decorrentes de:

- a) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- b) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, é considerado experimental pelos Conselhos Federais de Medicina e/ou de Odontologia ou não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off-label*);
- d) tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica com finalidade estética, bem como orteses 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;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, inclusive cirurgias de redução de estômago para pacientes que não preencham as Diretrizes de Utilização vigentes, definidas pela ANS;
- f) inseminação artificial;
- g) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, órteses, próteses e quaisquer outros materiais especiais;
- h) fornecimento de medicamentos para tratamento em regime domiciliar, exceto os já previstos no Rol da ANS e suas atualizações;
- i) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- j) fornecimento de próteses, orteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;





- k) despesas médicas e/ou hospitalares efetuados antes do cumprimento das carências previstas na cláusula 12 e da cobertura parcial temporária, prevista na cláusula 15;
- l) exames realizados a pedido do usuário;
- m) despesas extraordinárias, tais como: diferenças de despesas médico-hospitalares motivadas por internação hospitalar em acomodação superior à contratada por opção do usuário, despesas com frigobar, telefones, gorjetas e quebra de objeto, dieta não recomendada pelo médico ao paciente, produtos de toalete e de higiene pessoal, decorações, aparelho de tv e jornais;
- n) enfermagem de caráter particular seja em regime domiciliar ou hospitalar, bem como assistência médica domiciliar (*home care*), mesmo que as condições do paciente sejam extraordinárias;
- o) tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- q) remoção para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, ou procedimentos diagnósticos não cobertos pelo plano e remoções por via diferente da terrestre;
- r) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ainda que a coleta de material seja no Brasil, ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- s) despesas não vinculadas diretamente à cobertura contratada pela Contratante previstas na cláusula 5, bem como despesas com procedimentos não previstos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente no momento da demanda (solicitação de cobertura) ou que não preencham as Diretrizes de Utilização da ANS para o tratamento;
- t) procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias bucomaxilo- facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- u) todo e qualquer procedimento realizado fora da rede credenciada da Operadora, exceto para os casos comprovados de urgência/emergência; atualizações.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DECLARAÇÃO DE SAÚDE, AGRAVO, COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

15.1 – A Contratante e seus usuários/dependentes estão cientes e concordam que é condição primordial para a manutenção deste contrato que o usuário/dependente informe à Operadora, expressamente através da Declaração de Saúde, a condição sabida de doença e/ou lesão preexistente, previamente à assinatura deste Contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do Contrato.

15.2 – Tal informação será prestada à Operadora a fim de que seja realizada uma entrevista qualificada com um médico indicado pela mesma sem nenhum ônus para a Contratante ou, a seu critério com um médico não pertencente ao quadro próprio ou credenciado da Operadora, assumindo neste caso, as despesas daí decorrentes. A Contratante poderá ainda abrir mão da utilização de profissional médico quando do preenchimento da declaração de saúde, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

15.3 – A Operadora poderá solicitar em caráter complementar, a realização de alguns exames com o intuito de auxiliar o médico perito durante a avaliação de saúde do usuário/dependente.

15.4 – A Constatação, seja através da declaração de saúde, entrevista qualificada ou através de exames periciais, da existência de doença ou lesões preexistentes, resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo de 24



(vinte e quatro) meses, a critério da Contratante. Para fins desta comprovação, a Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal, assumindo o ônus da prova, e comunicando imediatamente ao usuário/dependente a existência de doença ou lesão, não declarada por ocasião da contratação do plano.

15.5 - A aplicação de Agravo liberará a utilização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes, mediante o acréscimo nas contraprestações pecuniárias, observadas as carências normais previstas em contrato.

15.5.1 - Havendo a exclusão/cancelamento do beneficiário optante pelo Agravo, antes do término do pagamento deste, o valor restante será integralmente cobrado da Contratante.

15.6 - A Cobertura Parcial Temporária provocará a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato, às doenças e lesões preexistentes e quaisquer doenças específicas, por um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data da assinatura do contrato. Findo o prazo, a cobertura será integral, não cabendo qualquer tipo de agravo.

15.7 - Caso a Contratante não concorde com a alegação da existência de doença ou lesões preexistentes, a Operadora deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS.

15.8 - Se for acolhida a alegação pela ANS em favor da Operadora, a Contratante passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela Operadora.

15.9 - Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o julgamento pela ANS.

15.10 - Às crianças nascidas de parto coberto pela Operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde sejam inscritas no contrato dentro de 30 dias do nascimento.

15.11 - A Contratante será ainda co-responsável pelos danos decorrentes da fraude no preenchimento da declaração de saúde de seus usuários, respondendo individualmente ou solidariamente pelo ressarcimento das despesas geradas à Operadora em decorrência deste ato ilícito.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- DOS PROCEDIMENTOS PERICIAVEIS - NECESSIDADE DE AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO JUNTO À OPERADORA

16.1 - Todos os procedimentos de saúde oferecidos através do presente contrato são classificados como procedimentos sujeitos à autorização prévia da Operadora.

16.2 - A Operadora reserva-se ainda, no direito de determinar a realização de perícia quando julgar necessário para elucidação de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos solicitados pelos médicos responsáveis. A Operadora poderá pedir informações complementares ao médico assistente do usuário/dependente, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

16.3 - Os procedimentos sujeitos à autorização prévia e/ou perícia, somente poderão ser considerados liberados para realização junto aos prestadores, após liberação dos mesmos pelo médico auditor da Operadora.

16.4 - As divergências de natureza médica sobre as coberturas e atendimentos previstos pelo plano, serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos,



conforme a natureza do atendimento, sendo um nomeado pela Operadora, outro pela Contratante e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

16.5 – Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao Presidente do Conselho de Medicina sediado na localidade do litígio, devendo as partes (Operadora e Contratante) aguardarem todo o trâmite administrativo, sem alegação posterior de prejuízo tanto material quanto moral.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA-UTILIZAÇÃO INDEVIDA – RESSARCIMENTO PELA CONTRATANTE

17.1 – Os custos suportados pela Operadora, provocados pelo uso indevido do Cartão de Identificação, inclusive por usuários excluídos, serão cobrados da Contratante através de boleto de cobrança bancária, o qual deverá ser quitado até a data do seu vencimento.

17.2 – Caso a Operadora não obtenha êxito na cobrança extrajudicial do débito, poderá ingressar judicialmente contra a Contratante, cobrando inclusive os valores referentes às custas judiciais e honorários advocatícios.

17.3 – A Contratante será unicamente ou solidariamente responsável pela prática de atos ilícitos e/ou fraudulentos por seus usuários/dependentes perante a Operadora, respondendo em todos os aspectos pelos danos daí decorrentes.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA-REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS – APOSENTADOS, EXONERADOS E DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA

18.1 – Ao usuário que contribuir para o plano decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado o direito de manutenção na condição de usuário da cobertura de assistência à saúde contratada, nas mesmas condições que gozava quando da vigência do contrato de trabalho e, desde que manifeste seu interesse em permanecer nesta modalidade contratual no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento de seu contrato de trabalho e respeitadas as seguintes regras:

a) o período de manutenção da condição de usuário, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, será de 1/3 do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 meses e um máximo de 24 meses;

b) o período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será: (1) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou (2) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a 10 (dez) anos;

c) esta condição é extensiva obrigatoriamente a todo o grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho;

d) em caso de morte do usuário titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde nos termos do disposto nesta cláusula.

e) o direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho;

f) considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do usuário no plano coletivo cancelado;





g) em qualquer dos casos (itens acima: a - f), o usuário deverá arcar com os custos mensais da cobertura contratada, inclusive de seus dependentes, nas mesmas condições previstas no contrato principal da contratante.

18.2 – Caso a Operadora tenha registrado um plano individual/familiar - ativo na ANS - na época do cancelamento do plano coletivo, garantirá o direito de inclusão de usuário, no caso de rescisão ou exoneração do seu contrato de trabalho, sem justa causa, em contrato individual/familiar de assistência à saúde, sem necessidade de cumprimento de carência se esta já tiver sido cumprida no contrato coletivo. Caso tenha sido cumprida a carência, em parte, a mesma será aproveitada no plano individual/familiar, devendo ser cumprido o período de carência restante.

18.3 – A condição de beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

18.4 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA-DA VIGÊNCIA E CONDIÇÃO DE RENOVAÇÃO CONTRATUAL

19.1 – O período inicial de vigência do plano assistencial da Contratante é de 12 (doze) meses, contados a partir da data de vencimento do primeiro boleto, desde que devidamente quitado, o qual dependerá da aprovação de todos os documentos pela Operadora necessários para efetivação do contrato, nos termos da Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM.

19.2 – Ao término da primeira vigência contratual, não havendo qualquer manifestação das partes, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o contrato passará a reger-se por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e para renovação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA-DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

20.1 – Para os usuários/dependentes incluídos pela Contratante até o dia 10 (dez) de cada mês, a vigência do risco individual terá início a partir do primeiro dia do mês subsequente.

20.2 – Para os usuários/dependentes incluídos pela Contratante após o dia 10 (dez) do mês, a vigência do risco individual somente terá início no mês posterior ao subsequente da solicitação, valendo inclusive para os casos de recém-nascidos, recém-casados e recém-admitidos.



20.3 - As datas previstas acima poderão ser adiadas se houver necessidade de esclarecimentos ou informações adicionais relativas a qualquer documentação, declaração de saúde ou quaisquer outros dados, tanto de usuário titular quanto de seus eventuais dependentes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA- DA RESCISÃO, EXCLUSÃO OU CANCELAMENTO CONTRATUAL

21.1 - Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, o presente contrato poderá ser rescindido de pleno direito, através de notificação prévia de 10 (dez) dias, sem que caiba direito a qualquer indenização, quando verificada as seguintes hipóteses:

- a) No caso de inadimplência da Contratante por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- b) Caso seja apurada pela Operadora qualquer irregularidade cometida por parte da Contratante/usuários e dependentes, dentre elas fraude, tentativa de fraude dolo ou inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais;
- c) Se por má-fé a Contratante, usuários/dependentes omitirem informações ou tentarem, por qualquer meio, obter vantagem ilícita sobre a Operadora;
- d) Se a Contratante, usuários/dependentes praticarem em suas declarações qualquer omissão, inexatidão ou erro, que tenham influenciado na aceitação das condições deste contrato.

e) Se a natureza dos riscos deste contrato vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições técnico/atuariais mínimas de manutenção.

21.1.1. Poderá o presente contrato ser rescindido a qualquer tempo, pela Contratante, mediante notificação expressa, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem que esta iniciativa gere direito a qualquer indenização, de parte a parte.

21.2 - Na hipótese de rescisão contratual, na data de encerramento contratual, cessará para todos os fins, qualquer responsabilidade da Operadora perante a Contratante, usuários/dependentes, pelos serviços de assistência médica em geral, considerando para estes fins a cláusula 21.8.

21.3 - Para eventuais serviços em curso, como internações/tratamentos continuados, fica estabelecido que serão de responsabilidade da Contratante as despesas havidas após a rescisão contratual.

21.4 - A Contratante reconhece como dívida líquida e certa em favor da Operadora, com forma de título executivo extrajudicial, qualquer cobrança a atendimentos prestados a seus usuários/dependentes após a rescisão contratual. Será responsabilidade da Contratante proporcionar ciência da rescisão contratual aos seus usuários/dependentes.

21.5 - Exclusão dos Usuários/Dependentes:

O usuário e seus dependentes serão automaticamente excluídos do contrato nas seguintes hipóteses:

- a) Quando a Contratante solicitar, a seu critério e sob sua responsabilidade - através de solicitação escrita;
- b) Automaticamente com a rescisão contratual entre a Contratante e a Operadora;
- c) Quando ocorrer a morte do usuário titular;
- d) Quando cessar entre o usuário titular e a Contratante por justa causa - o vínculo sobre o qual foi realizado o plano.

21.6 - O cancelamento contratual do plano de saúde do usuário titular implicará no automático e imediato cancelamento de seus dependentes.





- 21.7 – A Contratante, em caso de rescisão contratual ou exclusão de seus Usuários, ficará responsável pelo recolhimento de todos os cartões de identificação fornecidos no ato da contratação, bem como será responsável por eventuais utilizações indevidas dos mesmos.
- 21.8 – As exclusões requeridas pela Contratante, seja por demissão ou por perda da condição de titular/dependente, deverão ser informadas à Operadora até o 10º (décimo) dia de cada mês – com o recolhimento e descarte do respectivo cartão de Identificação do Usuário - para que surtam os efeitos legais no mês subsequente, caso contrário, as exclusões somente serão processadas no mês posterior ao subsequente da solicitação e as despesas daí decorrentes correrão por conta da Contratante.
- 21.9 – Independentemente do cancelamento contratual, fica ressalvado à Operadora o direito de cobrar valores não pagos pela Contratante durante a vigência dos serviços assistenciais contratados.
- 21.10 – É de responsabilidade da Contratante comunicar de imediato à Operadora qualquer alteração em seu endereço, para que todas as correspondências e documentos lhe sejam entregues em tempo hábil, inclusive os boletos de cobrança.
- 21.11 – A alteração de endereço deverá ser comprovada através da respectiva alteração do contrato social da empresa devidamente registrada junto ao órgão competente.
- 21.12 – A inobservância da condição prevista nesta cláusula não impedirá a Operadora quanto à automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato, inclusive no que se refere à rescisão ou cancelamento contratual, sendo considerado para todos os fins, como endereço válido, aquele inicialmente informado na Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM.
- 21.13. A inexecução total ou parcial das condições avençadas poderá acarretar a rescisão deste Contrato, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento, conforme disposto nos artigos 77 a 80 da Lei nº 8.666/93.
- 21.14. A rescisão deste Contrato poderá ser:
- 21.14.1. Determinada por ato administrativo unilateral e motivado do Contratante, quando o CAU/SC, frente a situações de descumprimento de cláusulas contratuais por parte da Contratada, lentidão, atraso, paralisação ou por razões de interesse público, decidir rescindir o Contrato;
- 21.14.2. Amigável, por acordo formalizado no processo entre o CAU/SC e a Contratada, desde que haja conveniência para o Contratante;
- 21.14.3. Judicial, quando a rescisão for discutida em instância judicial e se dará conforme os termos de sentença transitada em julgado.
- 21.15. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo e, no procedimento que visa à rescisão do Contrato, será assegurado o contraditório e a ampla defesa, sendo que, depois de encerrada a instrução inicial, a Contratada terá o prazo de 05(cinco) dias úteis para se manifestar e produzir provas, sem prejuízo da possibilidade de o Contratante adotar, motivadamente, providências acauteladoras.
- 21.16. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.
- 21.17. No caso de rescisão provocada por inadimplemento da Contratada, o Contratante poderá reter, cautelarmente, os créditos decorrentes do Contrato até o valor dos prejuízos causados, já calculados ou estimados.
- 21.18. Quando a rescisão ocorrer com base nos incisos XII a XVII, do art. 78, da Lei nº 8.666/1993, sem que haja culpa da Contratada, esta será ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados, tendo ainda direito ao pagamento devido pela execução do Contrato até a data da rescisão.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA-DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS (próprios, credenciados ou referenciados)**

22.1 – A Operadora reserva-se o direito de cancelar os serviços preferenciais de hospitais, bem como nomear novos prestadores de serviços de atendimento do mesmo padrão, desde que haja aviso prévio de 30 (trinta) dias à Contratante e após justificativa à ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

22.2 – Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante o período de internação do usuário/dependente, o mesmo será imediatamente transferido para outra entidade hospitalar equivalente, sem qualquer ônus adicional, a critério do médico responsável e na forma definida neste contrato, ou, caso não seja possível sua imediata remoção, terá garantida a continuidade de seu tratamento até a alta hospitalar, ficando a Operadora responsável pelas despesas daí decorrentes.

22.3 – A Operadora deverá solicitar autorização expressa da ANS, com justificativas, para redimensionamento da rede hospitalar por redução, atendendo obrigatoriamente o disposto no artigo 17 da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA- DA FISCALIZAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO FISCAL, TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA

23.1. Para fins de acompanhamento do adimplemento de suas obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias, a Contratada deverá entregar ao Fiscal do Contrato, a documentação a seguir relacionada:

23.1.1. Mensalmente, acompanhando a nota fiscal/fatura referente ao serviço prestado, os originais, cópias autenticadas em cartório ou cópias simples acompanhadas de originais, dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Regularidade do FGTS-CRF;
- b) Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;
- c) Certidão Negativa de Débitos das Fazendas Estadual (PGE e SEFAZ) e Municipal do domicílio ou sede da Contratada; e
- d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

23.2. As inconsistências ou dúvidas verificadas na documentação entregue terão o prazo máximo de 07 (sete) dias corridos, contados a partir da comunicação pelo Contratante, para serem formal e documentalmente esclarecidas pela Contratada.

23.3. O descumprimento reiterado das disposições acima e a manutenção da Contratada em situação irregular perante as obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias implicará a rescisão contratual, sem prejuízo da aplicação das penalidades e demais cominações legais.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA— DO ACOMPANHAMENTO, DA GESTÃO E DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

24.1. Durante o período de vigência, a relação contratual será acompanhada, gerida e fiscalizada, nos termos do disposto no art. 66 e seguintes da Lei n.º 8.666/93, pelo Gerente Administrativo do CAU/SC, indicado e autorizado pela Presidência, ao qual caberá fiscalizar o objeto do Contrato e realizar a sua gestão.

24.2. A Contratada deverá manter preposto aceito pelo Contratante, durante o período de vigência do Contrato, para representá-la administrativamente, sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração em que deverá constar o nome completo, n.º do



CPF e do documento de identidade, além dos dados relacionados à sua qualificação profissional e cargo/função que exerce na Contratada.

24.3. O preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas com as obrigações assumidas pela Contratada, bem como prestar esclarecimentos quanto às faturas dos serviços prestados.

24.4. Nenhuma modificação poderá ser feita no objeto contratual durante a execução do Contrato sem autorização expressa do Fiscal do Contratante.

24.5. O Fiscal do Contratante e toda pessoa autorizada por ele terão livre acesso aos objetos/serviços e a todos os locais onde estejam sendo prestados os serviços.

24.6. À Contratada cabe o gerenciamento da mão de obra, e, ao Contratante, o acompanhamento e a avaliação dos resultados esperados pelos serviços executados.

24.7. A atestação de conformidade do fornecimento do objeto contratual cabe ao Fiscal do Contratante, o qual ficará responsável pelo ACEITE DO SERVIÇO e determinará o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

24.8. O(s) instrumento(s) de controle da execução contratual a ser (em) utilizado(s) pelo Fiscal do Contratante deverá(ão) compreender a mensuração dos seguintes aspectos:

24.8.1. Os resultados alcançados, com a verificação da qualidade demandada;

24.8.2. A qualidade e quantidade dos recursos materiais utilizados;

24.8.3. A adequação dos serviços prestados/objeto à rotina de execução estabelecida;

24.8.4. O cumprimento das demais obrigações decorrentes do Contrato;

24.8.5. A satisfação do Contratante.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

25.1. Este Contrato poderá ser alterado nos casos previstos no art. 65 da Lei n.º 8.666/93, desde que haja interesse do CAU/SC, e com a apresentação das devidas justificativas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA— DA SUBCONTRATAÇÃO

26.1. Não será admitida a subcontratação dos serviços ora contratados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA— DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

28.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, o CAU/SC poderá, garantido o direito prévio da citação e da ampla defesa, aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

28.1.1. Advertência formal, por escrito, sempre que verificadas pequenas irregularidades para as quais haja concorrido;

28.1.2. Multa de 0,3% (três décimos por cento) por dia, em caso de interrupção total ou parcial dos serviços e por ocorrência de fato em desacordo com o proposto e o estabelecido neste instrumento, bem como na proposta originária da contratação, até o máximo de 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado do contrato até o mês imediatamente anterior à ocorrência do fato, que deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, uma vez comunicada oficialmente;

28.1.3. Suspensão do direito de licitar e de contratar com o CAU/SC, pelo prazo de até 2 (dois) anos, que será arbitrado de acordo com a natureza e a gravidade da falta, sem prejuízo das eventuais multas aplicadas;

28.1.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública 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 o CAU/SC pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior.

28.2. Além das penalidades citadas, a CONTRATADA ficará sujeita, no que couber, às demais penalidades referidas no Capítulo IV da Lei nº 8.666/93.

28.3. Comprovado impedimento ou reconhecida força maior, devidamente justificado e aceito pela Administração do CAU/SC, a CONTRATADA ficará isenta das penalidades mencionadas.

28.4. A aplicação de multa não impede o CAU/SC de rescindir o Contrato e de impor simultaneamente à Contratada as penas de advertência, suspensão temporária ou declaração de inidoneidade.

28.5. A intimação dos atos correspondentes à pena de suspensão temporária e à declaração de inidoneidade será feita mediante publicação na imprensa oficial.

28.6. Para validade da aplicação de penalidades será assegurado à Contratada o direito ao contraditório e à ampla defesa, no prazo de 05 (cinco) dias úteis. A aplicação de penalidades deve estar devidamente motivada em processo administrativo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1 – Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes Contratantes e serão objeto de aditivo ao presente instrumento, quando for o caso.

27.2 – A Contratante e os usuários/dependentes inscritos neste contrato, autorizam a Operadora, sem quaisquer restrições, a receber cópia de Prontuário Médico, Informações Clínicas, Relatórios e Resultados de exames, junto aos médicos de quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

27.3 – A propaganda, divulgação ou promoção do plano por parte da Contratante somente poderá ser feita com autorização expressa e supervisão da Operadora, respeitadas as condições do plano. A Operadora ficará isenta de qualquer responsabilidade por material divulgado pela Contratante, sem sua prévia autorização.

27.4 – A Contratante, como representante de seus usuários/dependentes, autoriza a Operadora a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos realizados, que venham ser solicitados pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde e ANS.

27.5 – Nenhuma responsabilidade caberá à Operadora pelos atendimentos médicos, atos, opiniões, procedimentos hospitalares e ambulatoriais prestados por sua rede credenciada de profissionais e entidades, em desconformidade com os padrões exigidos pela legislação de cada grupo, ficando tal responsabilidade restrita, única e exclusivamente, ao próprio prestador de serviços que tiver dado causa à infração.

27.6 – A Operadora não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros comprometimentos que não estejam previstos neste contrato, exceto se previamente por ela aprovado por escrito.

27.7 – O presente contrato obriga as partes Contratantes por si, seus herdeiros ou sucessores.

27.8 – Os direitos e vantagens adquiridos com a assinatura do presente Contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, sob qualquer título, pretexto ou alegação,





ressalvada a negociação entre as partes, devidamente registrada por meio de Termo Aditivo ao Contrato.

27.9 – Qualquer concessão praticada pela Operadora no tocante às cláusulas do presente contrato, não se constituirá em novação, perdão, renúncia, alteração ou renovação contratual, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pela Contratante/Usuário/dependente.

27.10 – Efetuado o atendimento ao usuário ou seus dependentes por qualquer cobertura do plano contratado, a Operadora ficará automaticamente sub-rogada, até o valor despendido, em todos os direitos e ações que competirem ao usuário titular ou seus dependentes contra terceiros, obrigando-se o usuário titular a facilitar os meios ao pleno exercício desta sub-rogação.

27.11 – Este instrumento contratual foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até o momento de sua entrega, assim, qualquer alteração das condições que implique em necessária modificação do que foi aqui estabelecido, sujeitará a novo ajuste das normas, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

27.12 – A Contratante poderá solicitar a seu critério – através de comunicação formal dirigida à Operadora – alteração do plano de saúde contratado, para outro plano de nível superior oferecido pela Operadora. Neste caso, a Contratante estará subordinada ao cumprimento dos períodos de carência previstos para o novo contrato.

27.13 – As garantias do plano terão seqüência como se a Contratante permanecesse no padrão de acomodação anterior, enquanto estiver cumprindo os novos prazos de carência para gozo do padrão de acomodação do novo plano escolhido.

27.14 – A alteração de plano deverá incluir todos os Usuários/Dependentes no Contrato.

27.15 – A Contratante fornecerá ainda à Operadora, para manutenção do contrato de prestação de serviços de assistência à saúde contratado, todos os documentos que eventualmente venham a ser exigidos e definidos como obrigatórios pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou demais órgãos de fiscalização.

27.16 – Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da sede da Contratante.

27.17 – As partes declaram e reconhecem a chancela da Operadora como comprovante hábil de assinatura legítima dos representantes legais desta, conforme Escritura Pública de Ato Notarial de Registro de Chancela sob protocolo nº 23018, registrada no 2º Tabelionato de Notas e 3º Ofício de Protestos de Títulos de Joinville/SC, em 12 de março de 2013.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

28.1. Correrão por conta da Contratada às despesas que incidam ou venham a incidir sobre o Contrato, exceto a publicação de seu extrato e eventuais termos aditivos no Diário Oficial da União, que deverá ser providenciada pelo Contratante no prazo legal.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA—DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

29.1. As despesas decorrentes do objeto do presente Contrato correrão por conta do Elemento de Despesa de n.º 6.2.2.1.1.01.01.01.003.003 – Plano de Saúde.

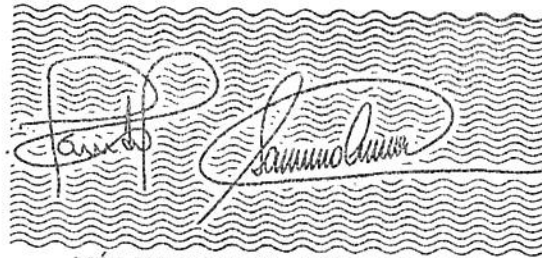
CLÁUSULA TRIGÉSIMA— DO FORO



32.1. Face à natureza de entidade autárquica do CAU/SC a Justiça Federal, Seção Judiciária de Santa Catarina é o foro competente para dirimir eventuais dúvidas ou litígios oriundos do presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou possa vir a ser.

E, por estarem assim ajustadas, as partes assinam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor, forma e data.

Florianópolis/SC, 4 de janeiro de 2016.



VÁLIDO PARA CONTRATOS

Luiz Alberto de Souza
Presidente do CAU/SC
CONTRATANTE

Soraia de Assis
Vice-Presidente da AGEMED SAÚDE S.A.
Mario Luís da Silva
Diretor da AGEMED SAÚDE S.A.
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

Nome completo _____

Assinatura _____

CPF _____

Nome completo _____

Assinatura _____

CPF _____

