

PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 01/2014

EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL Nº 01/2014

O Presidente do Consórcio de Informática na Gestão Pública Municipal (CIGA) torna público que fará realizar no dia **30 de janeiro de 2014, às 14 horas**, licitação na modalidade PREGÃO PRESENCIAL, do tipo MENOR PREÇO, objetivando a **CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PLANO COLETIVO EMPRESARIAL COM ATENDIMENTO NACIONAL, COPARTICIPAÇÃO DE 50% E ISENTO DE COPARTICIPAÇÃO, ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO, SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA NA MODALIDADE PRÉ-PAGAMENTO**, conforme especificações constantes nos ANEXOS I e VII deste Edital, a ser regida pela Lei Federal nº 10.520 de 17 de julho de 2002, com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993 e demais normas legais federais.

Serão observados os seguintes horários e datas para os procedimentos que seguem:

- **Início do recebimento das propostas: 13h30min do dia 16/01/2014.**
- **Final do recebimento das propostas: 13h55min do dia 30/01/2014.**
- **Limite para impugnação ao edital: 18h00min do dia 28/01/2014.**
- **Abertura da sessão pública do pregão presencial: 14h00min do dia 30/01/2014.**

LOCAL: Rua Santos Saraiva, 1546, Estreito, Florianópolis/SC, CEP 88070-101.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1.** O Pregão Presencial será realizado em sessão pública, nas dependências do CIGA em todas as suas fases. Os trabalhos serão conduzidos por servidor integrante do quadro efetivo do CIGA, denominado Pregoeiro.

2. DO OBJETO

- 2.1.** O objeto desta licitação consiste na **CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PLANO COLETIVO EMPRESARIAL COM ATENDIMENTO NACIONAL, COPARTICIPAÇÃO DE 50% E ISENTO DE COPARTICIPAÇÃO, ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO, SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA NA MODALIDADE PRÉ-**

PAGAMENTO de acordo com as especificações contidas nos **ANEXOS I e VII** deste Edital.

3. DOS RECURSOS

3.1. O recurso para pagamento do objeto da presente licitação será proveniente de recursos próprios do Consórcio de Informática na Gestão Pública – CIGA – contemplado e comprometido no Orçamento 2014 no Projeto Atividade nº 2001 – Administração e Manutenção do Consórcio, no elemento de despesa nº 3.3.90 e Projeto Atividade nº 2002 – Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas de TI, no elemento de despesa nº 3.3.90.

4. DAS CONDIÇÕES GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar do processo os interessados que atenderem a todas as exigências contidas neste Edital e seus anexos.

4.2. Estarão impedidos de participar de qualquer fase do processo os interessados que se enquadrem em uma ou mais das situações a seguir:

4.2.1. Estejam cumprindo a penalidade de suspensão temporária de contratar com Administração Pública da União, Estados, Municípios e respectivas entidades da Administração Indireta;

4.2.2. Empresas declaradas inidôneas em qualquer esfera da Administração Pública;

4.2.3. Estejam sob falência, Recuperação Judicial ou Extrajudicial, dissoluções ou liquidações;

4.2.4. Tenham em seu quadro empregados menores de 18 (dezoito) anos efetuando trabalho noturno, perigoso ou insalubre ou ainda, empregados com idade inferior a 16 (dezesseis) anos efetuando qualquer trabalho, salvo na condução de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos, conforme art. 7º inciso XXXIII da Constituição Federal.

4.2.5. Tenham funcionário ou membro do CIGA, mesmo subcontratados, como dirigentes.

4.2.6. Estejam constituídos sob a forma de Consórcio.

4.3. A Licitante apresentará uma única proposta, não sendo admitidas propostas alternativas.

4.4. Quando da participação de Microempresa - ME ou Empresa de Pequeno Porte - EPP serão adotados os procedimentos em conformidade com a Lei Complementar nº 123/06.

5. DA PARTICIPAÇÃO DE MICROEMPRESA E EMPRESA DE PEQUENO PORTE

5.1. Se a vencedora do certame for empresa de pequeno porte ou microempresa, devidamente comprovada, a documentação de regularidade fiscal deverá ser na forma do **Item 9** deste edital, mesmo que contenha

restrição.

5.1.1. Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, será assegurado o prazo de 02 (dois) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado o vencedor do certame, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração Pública, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

5.1.2. A não regularização da documentação, no prazo de 02 (dois) dias previsto no §1º do Art. 43, da LC 123/06, implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no Art. 81 da Lei nº 8.666/93, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para a assinatura do contrato, ou revogar o Pregão.

5.2. Será assegurado, como critério de desempate, preferência de contratação para as microempresas e empresas de pequeno porte.

5.2.1. Entende-se por empate a situação em que as propostas apresentadas pelas microempresas e empresas de pequeno porte sejam iguais ou até 5% (cinco por cento) superiores à proposta mais bem classificada.

5.3. Para efeito do disposto no Art. 44 da LC 123/06, ocorrendo o empate, proceder-se-á da seguinte forma:

5.3.1. A Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP) mais bem classificada poderá, no prazo de 05 (cinco) minutos após a convocação, apresentar nova proposta de preço inferior àquela considerada vencedora do certame, situação em que passará a condição de arrematante.

5.3.2. Não ocorrendo a contratação da microempresa ou empresa de pequeno porte, na forma do inciso I do *caput* do Art. 44, da LC 123/06, serão convocadas as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese dos §§ 1º e 2º do Art. 44 da LC 123/06, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito.

5.3.4. No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem nos intervalos estabelecidos nos §§ 1º e 2º do Art. 44 da LC 123/06, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

5.3.5. Na hipótese da não contratação nos termos previstos no *caput* do Art. 44 da LC 123/06, o objeto licitado será adjudicado em favor da proposta originalmente vencedora do certame.

5.3.6. O disposto no Art. 44 da LC 123/06, somente se aplicará quando a melhor oferta inicial não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

6. DO CREDENCIAMENTO PARA PARTICIPAÇÃO DO CERTAME

6.1. A licitante poderá se fazer representar por apenas um preposto, o qual, munido de documentos que lhe outorgam esta qualidade: cédula de identidade e CPF/CIC, será o único autorizado a praticar os atos necessários nas sessões do procedimento licitatório, respondendo, dessa forma, pela licitante, para todo e qualquer efeito de direito.

6.2. A licitante que não se fizer presente por representante devidamente credenciado ficará impedida de interpor recurso, ofertar lances e de praticar todos os demais atos inerentes ao certame.

6.3. Para comprovar a condição de interessado ou a qualidade de representante da licitante, o credenciado entregará ao Pregoeiro:

6.3.1. Original e Cópia da cédula de identidade e CPF/CIC, para comprovação do representante legal da licitante.

6.3.2. Ato constitutivo (estatuto ou contrato social em vigor e respectivas alterações), devidamente registrado no órgão competente, acompanhado de comprobatório da eleição dos atuais administradores.

6.3.2.1. Se representante (preposto/procurador), instrumento público de procuração ou instrumento particular, comprovando a existência dos necessários poderes para formulação de propostas, lances verbais e para a prática de todos os demais atos inerentes ao certame, em conformidade com o inciso VI, do artigo 4º da Lei nº 10.520/2002.

6.4. Nenhum representante poderá responder ou atuar por mais de uma licitante.

6.5. No local e hora marcados, devidamente credenciados, os interessados deverão apresentar **fora dos** envelopes de proposta e documentação:

6.5.1. Cópia da cédula de identidade e do CPF/CIC do preposto;

6.5.2. Declaração de Inexistência de Fato Superveniente Impeditivo de habilitação, na forma do § 2º do artigo 32 da Lei 8.666/93 (**ANEXO V**).

6.5.3. Quando enquadradas na condição de Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP) que queiram usufruir dos benefícios concedidos pela Lei Complementar nº 123/06:

a) Declaração de que a licitante se enquadra em uma dessas categorias jurídicas empresariais e também que não se enquadra nas exceções do § 4º do Artigo 3º da Lei Complementar n.º 123/06.

b) Certidão expedida pela Junta Comercial ou pelo Cartório de Registro Civil de Pessoa Jurídica, comprovando a sua condição de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte.

6.6. A falta de comprovação de que o interessado possui poderes específicos para representar a licitante no certame, implicará na impossibilidade de participar da fase competitiva, consubstanciada nos lances verbais, lavrando-se em ata o ocorrido e permanecendo no certame apenas sua proposta escrita. Aplica-se igualmente o disposto, às licitantes que não se fizerem representar na sessão pública.

7. DA APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES

7.1. A **PROPOSTA DE PREÇOS** e os **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO** deverão ser apresentados no local, dia e hora determinados neste Edital, em 02 (dois) envelopes devidamente lacrados, atendendo aos seguintes requisitos:

7.1.1. “**Envelope 01**” - Deverá conter o(s) documento(s) referente à **Proposta de Preços** exigido(s) no **Item 8** deste Edital.

7.1.2. “**Envelope 02**” - Composto pelos documentos de **Habilitação** exigidos no **Item 9** deste Edital.

7.1.3. Os envelopes deverão conter, ainda, em sua parte externa, os dizeres:

ENVELOPE Nº 01 - PROPOSTA DE PREÇOS

Consortio de Informática na Gestão Pública Municipal - CIGA

Pregão Presencial Nº 01/2014

Razão Social da Licitante:

CNPJ:

ENVELOPE Nº 02 - DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

Consortio de Informática na Gestão Pública Municipal - CIGA

Pregão Presencial Nº 01/2014

Razão Social da Licitante:

CNPJ:

8. DA PROPOSTA DE PREÇOS - “ENVELOPE Nº 01”

8.1. O encaminhamento de proposta pressupõe o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação previstas no Edital e seus anexos. O fornecedor será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances.

8.2. A proposta de preços deverá atender, também, obrigatoriamente, aos seguintes requisitos:

8.2.1. Nome ou Razão Social e CNPJ da licitante;

8.2.2. Endereço completo;

8.2.3. Telefone, fax e endereço eletrônico (se houver);

8.2.4. Nome do banco, agência e nº de conta corrente da empresa (para efeito de pagamentos);

8.2.5. Preços em Real (R\$), de acordo com os serviços descritos no Quadro de Proposta (**ANEXO II**):

8.2.5.1. Preço Total proposto, considerando que este valor será o disputado em lances.

8.2.5.2. O Preço cotado deverá conter no Máximo 02 (duas) casas decimais.

8.2.6. Validade da proposta: no mínimo de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data de sua apresentação.

8.2.7. Local de Execução: Os serviços serão executados em todo o CIGA.

8.2.8. Prazo de Pagamento: de acordo com o item 24.1 do Termo de Referência (**ANEXO VII**).

8.3. O preço proposto deverá contemplar todos os encargos e despesas necessárias à entrega do objeto licitado.

8.4. O LICITANTE DEVERÁ INFORMAR NO ENVELOPE 1, SOB PENA DE DESCLASSIFICAÇÃO (PARA AQUELE QUE NÃO FORNECER O DADO SOLICITADO), AS SEGUINTE INFORMações:

8.4.1. Relação nominal compatível com o número de usuários, declarando a rede de médicos credenciados, hospitais, clínicas e laboratórios próprios, contratados ou credenciados pela Proponente para prestar assistência aos usuários/beneficiários do Plano e seus dependentes no âmbito do estado de Santa Catarina, devendo comprovar a abrangência de sua rede de atendimento, incluindo obrigatoriamente o município sede do CIGA conforme o item 6.1.1 do Termo de Referência (**ANEXO VII**).

Obs: A relação nominal pedida no item acima deve conter informações relativas aos nomes dos estabelecimentos, especialidade, cidade de atendimento e telefone.

9. DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO – “ENVELOPE 02”

9.1. Os documentos exigidos para habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada, publicação em órgão da imprensa oficial ou ainda em cópia simples, a ser autenticada pelo Pregoeiro ou equipe de apoio, mediante conferência com os originais. As cópias deverão ser apresentadas perfeitamente legíveis.

9.1.1. Serão aceitos comprovantes de regularidade fiscal, obtidos na internet, condicionado a que os mesmos tenham sua validade confirmada pelo pregoeiro, na fase de habilitação.

9.2. HABILITAÇÃO JURÍDICA

9.2.1. As participantes, em se tratando de sociedades comerciais, deverão apresentar devidamente registrados no órgão de registro do comércio do local de sua sede, os respectivos Contratos Sociais e todas as suas alterações subsequentes, ou, o respectivo instrumento de consolidação contratual em vigor com as posteriores alterações, se houver;

9.2.2. As participantes, em se tratando de sociedades civis, deverão apresentar os seus respectivos Atos constitutivos e todas as suas alterações subsequentes, em vigor, devidamente inscritos no Registro Civil (Cartório), acompanhados de prova da diretoria em exercício;

9.2.3. As participantes, em se tratando de sociedades por ações, deverão apresentar as publicações nos Diários Oficiais dos seus respectivos Estatutos Sociais em vigor acompanhados dos documentos de eleição de seus administradores.

9.3. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

9.3.1. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) do Ministério da Fazenda;

9.3.2. Certidão Negativa de Débitos relativos às Contribuições Previdenciárias e as de Terceiros;

9.3.3. Prova de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, através da apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS - CRF.

9.3.4. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST).

9.3.5. Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União.

9.3.6. Certidão Negativa de Débitos Estaduais.

9.3.7. Certidão Negativa de Débitos Municipais.

9.3.7.1. No caso de Municípios que mantêm Cadastro Mobiliário e Imobiliário separados, deverão ser apresentados os comprovantes referentes a cada um dos cadastros.

9.3.8. A Microempresa - ME e Empresa de Pequeno Porte - EPP deverá apresentar toda a documentação exigida para fins de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição, sob pena de inabilitação.

9.3.9. Cópia do registro do plano ofertado junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

9.4. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

9.4.1. Certidão Negativa de Falência ou Concordata ou Recuperação Judicial, expedida pelo Cartório de Distribuição da sede da licitante, no prazo de 60 (sessenta) dias anteriores a data de abertura das propostas.

9.5. Declaração de Inexistência de Fato Superveniente Impeditivo de habilitação, na forma do § 2º do artigo 32 da Lei 8.666/93 (**ANEXO V**).

9.6. Declaração de Idoneidade (**ANEXO III**).

9.7. Declaração da Proponente de Cumprimento do Art. 7º Inciso XXXIII da Constituição Federal (**ANEXO IV**).

9.8. Declaração de Plena Aceitação dos Termos do Edital (**ANEXO VI**).

9.9. As Certidões em que não constar prazo de validade, serão consideradas com 60 (sessenta) dias de vigência, contadas da data de sua emissão.

9.10. Os documentos de habilitação deverão estar em nome da licitante, com o número do CNPJ e respectivo endereço referindo-se ao local da sede da empresa licitante. Não se aceitará, portanto, que alguns documentos se refiram à matriz e outros à filial. Exceto, aqueles documentos emitidos em nome da Matriz com abrangência para todas as filiais.

10. DA FASE COMPETITIVA DO CERTAME

10.1. Aberta a sessão pública do Pregão, o pregoeiro realizará o Credenciamento, e, no horário estabelecido, abrirá os **envelopes nº 01 (Proposta de Preços)**, verificando sua conformidade com as exigências do presente Edital.

10.2. Estarão classificadas para a fase de lances verbais e sucessivos, o autor da proposta contendo o menor preço e os autores das propostas que apresentaram valores até 10% superiores, relativamente, à de menor preço.

10.3. Não havendo pelo menos 3 (três) ofertas nas condições previstas anteriormente, serão chamados a participar dos lances verbais e sucessivos os autores das melhores propostas, quaisquer que sejam os valores oferecidos, até o máximo de 3 (três).

10.4. Os lances verbais e sucessivos serão iniciados pelo autor da proposta com maior preço dentre aqueles aptos a oferecer propostas e assim, sucessivamente, em ordem decrescente, até a proclamação do vencedor.

10.5. Caso duas ou mais propostas dentre as inicialmente ordenadas para oferecer lances verbais apresentarem preços iguais, será realizado previamente sorteio para determinação da ordem de oferta dos lances.

10.5.1. Caso as licitantes participantes do sorteio desistam de apresentar lance verbal para o lote em questão, a classificação dar-se-á de acordo com o resultado do sorteio.

10.6. Os lances, em valores distintos e decrescentes, serão efetuados no momento em que for conferida a palavra ao representantes da licitante, na ordem decrescente dos preços, sendo admitida disputa para toda a ordem de classificação estabelecida pelo pregoeiro.

10.7. Durante a fase de lances, **não será permitido o uso de telefones celulares** pelos participantes.

10.8. É vedada a oferta de lance visando empate com proposta de outra licitante.

10.9. Os lances observarão os **decréscimos mínimos de R\$ 10,00 (dez reais)**.

10.10. Não será admitida a desistência do lance efetivado, sujeitando-se a licitante desistente às penalidades previstas na legislação vigente.

10.11. A desistência em apresentar lance verbal, quando convocado pelo pregoeiro, implicará na exclusão da licitante da etapa de competição para o lote e na consideração do último preço apresentado, para efeito de ordenação das propostas.

10.12. Caso as licitantes não apresentem lances verbais, será verificada a conformidade entre a proposta escrita de menor preço e o valor estimado para a contratação, podendo o pregoeiro negociar diretamente com a licitante para que seja obtido melhor preço.

10.13. O encerramento da etapa competitiva dar-se-á quando, convocadas pelo Pregoeiro, as licitantes deixarem de apresentar novos lances.

10.14. Encerrada a etapa competitiva e ordenadas as propostas, em ordem crescente, o pregoeiro verificará:

10.14.1. A aceitabilidade da proposta de menor preço comparando-a com valores consignados em planilha de acompanhamento de preços do CIGA, decidindo a respeito;

10.14.2. O atendimento das especificações e qualificações do bem ofertado, definidas no Edital e seus Anexos, bem como as demais condições estabelecidas.

10.15. Se a oferta não for aceitável por apresentar preço excessivo, o pregoeiro poderá negociar com a licitante vencedora, com vistas a obter um melhor preço.

10.16. Serão desclassificadas as Propostas que:

10.16.1. Não atenderem às exigências relativas a este ato convocatório.

10.16.2. Forem omissas, as que se apresentarem incompletas ou não informarem as características do objeto cotado, impedindo sua identificação.

10.17. Encerrada a fase competitiva do Pregão e ordenadas as propostas, imediatamente será aberto pelo Pregoeiro o **Envelope nº 02 (Documentos de Habilitação)** da licitante vencedora.

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

10.18.1. A falta de manifestação imediata e motivada do licitante prevista no **Subitem 10.18**, importará, a decadência do direito de recurso e a adjudicação do objeto pelo pregoeiro ao vencedor.

10.19. Da sessão pública do Pregão será lavrada ata circunstanciada, contendo, sem prejuízo de outros, o registro das licitantes credenciadas, das propostas escritas e verbais apresentadas na ordem de classificação, da análise da documentação exigida para a habilitação e as licitantes com intenção de recorrer, sendo os motivos registrados em ata.

10.20. A ata circunstanciada deverá ser assinada pelo pregoeiro e por todos os prepostos das licitantes presentes, através dos interessados ou representantes devidamente credenciados.

10.21. Iniciada a sessão pública do Pregão, esta não será suspensa ou transferida, salvo motivo excepcional assim caracterizado pelo pregoeiro.

10.22. Verificando-se o adiamento da sessão pública do Pregão, o pregoeiro determinará nova data para continuação dos trabalhos, devendo ficar intimadas, no mesmo ato, os licitantes presentes.

10.23. O pregoeiro poderá interromper a sessão, temporariamente, para determinar alguma providência administrativa para o bom andamento dos trabalhos.

11. DOS CRITÉRIOS DE JULGAMENTO

11.1. Para julgamento e classificação das propostas será adotado o critério de **MENOR PREÇO**, observados os prazos, as especificações técnicas e demais condições definidas neste Edital, os preços deverão ser expressos em Real (R\$), com no máximo 02 (duas) casas decimais após a vírgula.

11.2. Encerrada a sessão de disputa, não serão aceitas propostas com preços superiores aos preços unitário e/ou total constantes do ANEXO I – PLANILHA DE PREÇO MÁXIMO, sendo a empresa desclassificada.

11.3. No julgamento das propostas, o CIGA se reserva o direito de solicitar esclarecimentos considerados pertinentes.

11.4. No julgamento da habilitação e das propostas, o pregoeiro poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

11.5. Não será considerada qualquer oferta de vantagem não prevista no Edital nem preços ou vantagem baseada nas ofertas das demais proponentes.

11.6. Não será admitida proposta que apresente preços simbólicos, irrisórios ou de valor zero, incompatíveis com os preços dos insumos e salários de mercado, acrescidos dos respectivos encargos, exceto quando comprovado conforme disposto no artigo 44, § 3º, da Lei nº 8.666/93.

11.7. As propostas serão conferidas pelo CIGA para determinar erros aritméticos nas operações. Os erros serão corrigidos da seguinte forma:

- a) Quando houver discrepância entre os valores expressos numericamente e os indicados por extenso, prevalecerão os indicados por extenso;
- b) Quando houver discrepância entre os valores unitários e os totais, resultante de erro de multiplicação de quantidade por valores unitários, prevalecerão os preços unitários, sendo o valor total corrigido.

11.8. Será considerada vencedora da licitação a proponente que apresentar a proposta de acordo com as condições do Edital e ofertar o **Menor Preço**, após a classificação, realização de lances e Habilitação.

11.9. Nos termos dos arts. 44 e 45 da Lei Complementar 123/06, será assegurada, como critério de desempate, preferência de contratação para as microempresas e empresas de pequeno porte. O critério de desempate corresponde àquelas situações em que as propostas ou os lances apresentados pelas **ME** ou **EPP** sejam iguais ou até **5%** (cinco por cento) superiores à proposta mais bem classificada após a disputa, respeitado o disposto no **Item 5.3** do Edital.

11.10. Se a proposta para o Lote não for aceitável ou se o licitante não atender às exigências habilitatórias, o(a) pregoeiro(a) examinará a proposta subsequente e, assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda ao Edital.

11.11. Quando constatado pelo Pregoeiro preços inexequíveis, será requisitada à licitante, no prazo de 05 (cinco) dias corridos, a apresentação de planilha e/ou documentos que comprove os custos dos insumos utilizados.

11.12. Constatado o atendimento às exigências fixadas no edital, o licitante será declarado vencedor do Lote.

12. IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

12.1. Não serão conhecidas as impugnações e os recursos apresentados fora do prazo legal.

12.2. O prazo de impugnação do Edital será de até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para abertura da sessão pública. No citado prazo, qualquer pessoa poderá impugnar o ato convocatório do pregoeiro.

12.3. Caberá ao(a) pregoeiro(a), auxiliado(a) pela equipe de apoio, decidir sobre a impugnação.

12.4. Acolhida a impugnação contra o ato convocatório, será definida e publicada nova data para realização do certame.

13. RECURSOS

13.1. O interesse do licitante em interpor recurso deverá ser manifestado em Ata. O recurso deverá ser encaminhado pelo correio no prazo de 03(três) dias para o endereço indicado no **Item 23** deste Edital, com cópia digitalizada para o email ciga@ciga.sc.gov.br e contabilidade@ciga.sc.gov.br. Ficarão os demais licitantes, desde logo, intimados para apresentar contra razões na mesma forma citada acima em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

13.2. O acolhimento de recurso importará na invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

13.3. No julgamento da habilitação e das propostas, o(a) pregoeiro(a) poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

13.4. Não será concedido prazo para recurso sobre assuntos meramente protelatórios ou quando não justificada a intenção de interpor o recurso pelo proponente.

13.5. Os recursos contra decisões do(a) Pregoeiro(a) não terão efeito suspensivo.

13.6. Os recursos deverão ser endereçados ao(a) Pregoeiro(a).

14. ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

14.1. Decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos praticados, o Pregoeiro do CIGA adjudicará o objeto, e o Presidente do CIGA homologará o procedimento licitatório.

15. DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

15.1. A contratação formalizar-se-á mediante a assinatura de instrumento particular de contrato, sendo parte integrante do mesmo, como se transcritos estivessem, o presente Edital, os documentos, proposta e informações apresentadas pelo Licitante vencedor e que deram suporte ao julgamento da licitação.

15.2. Após a publicação da homologação e findo o prazo recursal, o CIGA convocará o adjudicatário da licitação para assinar o Termo de Contrato, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da data do recebimento da convocação, sob pena de decair o seu direito a contratação, sem prejuízo das sanções previstas no **Item 22** deste ato convocatório.

15.2.1. No ato da assinatura do contrato, o representante legal da empresa adjudicatária deverá entregar cópia atualizada do Contrato Social e procuração com poderes para firmar contrato.

15.3. A empresa convocada poderá pedir prorrogação do prazo, por igual período, para assinatura do contrato, desde que formulada no curso do prazo inicial e alegada justo motivo, condicionado o atendimento do requerido, à aceitação dos motivos pelo CIGA.

15.4. Havendo recusa injustificada por parte do Licitante vencedor, de assinatura do contrato, o CIGA cominará multa a empresa no valor equivalente a 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor total da contratação, sem prejuízo de outras sanções previstas na Lei nº 8.666/93 e neste Edital.

15.5. Transcorrido o prazo sem que o contrato seja assinado, o CIGA poderá, a seu critério, convocar os Licitantes remanescentes, obedecidas à ordem de classificação, para assinar contrato ou revogar a licitação, independentemente da aplicação das sanções previstas neste Edital.

15.5.1. Se no ato de Assinatura do Contrato a empresa Convocada não cumprir com as condições estabelecidas para o ato, ou não comparecer ao chamado do CIGA, ficara a critério do CIGA convocar o próximo licitante mais bem classificado para realizar negociação de Preço nas condições previstas no Edital, objetivando a melhor proposta.

16. DO CONTRATO

16.1. O **Prazo de Execução** do contrato será de **365 dias corridos**, a partir da data de assinatura do contrato, expedida pela Diretoria Executiva do CIGA, podendo ser prorrogado na ocorrência de motivo previsto no inciso II do Art. 57 da Lei nº 8.666/93, na forma em vigor.

16.2. O contrato poderá ser rescindido nos seguintes casos:

16.2.1. Nos termos previstos nos Artigos 78 e 79 da Lei nº 8.666/93 e nos moldes definidos na Minuta do Contrato anexo, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

16.2.2. Judicialmente, nos termos da legislação vigente.

16.2.3. No descumprimento, por parte da CONTRATADA, de suas obrigações legais e/ou contratuais, assegurado ao CONTRATANTE o direito de rescindir o contrato a qualquer tempo, independente de aviso, interpelação judicial e/ou extrajudicial.

16.3. A rescisão do contrato, com base no Subitem 16.2.3, sujeita à CONTRATADA a multa rescisória de 10% (dez por cento) sobre o valor contratado, independentemente de outras multas aplicadas por infrações anteriores.

16.4. Na aplicação destas penalidades e demais previstas neste instrumento serão admitidos os recursos previstos em Lei e garantido o contraditório e a ampla defesa.

17. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

17.1. Obedecer rigorosamente aos prazos e ao local de Execução, bem como às especificações do Serviço, objeto deste Edital.

17.2. Prestar os esclarecimentos que forem solicitados pelo CIGA e atender prontamente a eventuais solicitações/reclamações.

17.3. Dispor-se a toda e qualquer fiscalização do CIGA, no tocante a execução do serviço, assim como ao cumprimento das obrigações previstas neste Edital.

17.4. Prover todos os meios necessários à garantia da plena operacionalidade do serviço, inclusive considerados os casos de greve ou paralisação de qualquer natureza.

17.5. Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

18. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

18.1. Efetuar os pagamentos devidos à Contratada, nas condições estabelecidas no Edital.

19. DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

19.1. O(s) Serviço(s) objeto da presente licitação serão solicitados a partir da data de assinatura do contrato e deverá(ão) ser executado(s) em todo o CIGA.

19.1.1. Os serviços deverão ser executados e concluídos em um prazo de até **365 dias corridos** após a assinatura do Contrato.

19.2. Os serviços somente serão recebidos se executados em conformidade com as especificações estabelecidas no **ANEXO VII – TERMO DE REFERÊNCIA**, e demais especificações e exigências do presente edital e após atestado pelo Gestor do Contrato.

20. DO PAGAMENTO

20.1. O prazo de pagamento será até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, contados após o período de aferição dos serviços realizados, bem como os valores relativos à coparticipação dos usuários.

20.2. Os valores relativos à coparticipação dos usuários serão repassados pelo CIGA à CONTRATADA até o quinto dia útil ao mês subsequente ao do envio pela CONTRATADA ao CIGA da relação acompanhada de arquivo em meio eletrônico, discriminando por usuário titular os serviços executados pela CONTRATADA. A relação e o arquivo eletrônico dos valores da coparticipação devem ser entregues no CIGA até o quinto dia útil do mês posterior ao do procedimento.

20.3. O valor da coparticipação dos empregados do CIGA nos serviços, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual previsto sobre o custo dos serviços executados, observado os valores da tabela de reembolso da CONTRATADA, que deverá ter com parâmetro máximo o estabelecido na CBHPM pelo CFM - Conselho Federal de Medicina.

20.4. Havendo dúvidas relativas às informações do extrato, o CIGA solicitará que a CONTRATADA lhe preste os esclarecimentos necessários.

20.5. O CIGA não efetuará o pagamento de títulos descontados ou através de cobrança em banco, bem como, os que forem negociados com terceiros através de operação de “factoring”.

20.6. Os pagamentos devidos pelo CIGA serão liquidados através de crédito em conta corrente do favorecido, na Conta do Banco do Brasil SA.

20.7. No ato do pagamento, se houver sido imposta qualquer multa o valor correspondente será deduzido da quantia devida.

20.8. Do Código Tributário Municipal (ISS)

20.8.1. Quando o ISS (imposto sobre o serviço) for para o Município onde o CIGA não seja solidário por substituição tributária, deverá a empresa apresentar cópia autenticada (em cartório) da inscrição no Cadastro de Prestadores de Serviços de Qualquer Natureza e guia do recolhimento do tributo, nos municípios onde os serviços serão prestados, quitada e autenticada (cartório).

20.8.2. A não apresentação do que exige a **Subitem 20.8.1**, o tomador dos serviços fará a retenção na fonte e repassará ao município correspondente.

20.8.3. O prestador deverá discriminar na nota fiscal de serviços, ou em anexo as seguintes informações: Município, Valor do serviço prestado no município, Código do serviço, Alíquota (%) e Valor do ISS.

20.8.4. Quando o ISS (imposto sobre o serviço) for para o município onde o CIGA seja solidário por substituição tributária, o ISS será retido na fonte.

20.8.5. A base de cálculo do ISS é o custo do serviço em sua totalidade, não devendo ser deduzido o valor dos materiais adquiridos de terceiros.

21. DO PREÇO E DO REAJUSTAMENTO

21.1. O orçamento disponível para esta licitação é de R\$ 17.520,00 (dezesete mil e quinhentos e vinte reais).

21.1.1. Os valores unitários e totais máximos previstos para esta licitação encontram-se detalhados no **ANEXO I – PLANILHA DE PREÇO MÁXIMO**.

21.2. Os preços serão fixos e irrevogáveis durante os primeiros 12 (doze) meses de contratação, contados da data de apresentação do orçamento desta licitação (Janeiro/2014). Decorrido este prazo, seus preços poderão ser reajustados conforme índice definido pela Agência Nacional de Saúde – ANS, observado o intervalo de 12 (doze) meses entre um reajuste e outro.

22. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

22.1. A empresa que, convocada dentro do prazo de validade de sua proposta, deixar de entregar documentação exigida no edital, apresentar documentação falsa, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo, fizer declaração falsa ou cometer fraude fiscal, garantido o direito à ampla defesa, ficará impedido de licitar e de contratar com a Administração Pública nos termos da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato e das demais cominações legais.

22.2. Conforme o caso poderão ser aplicadas as seguintes sanções, sem prejuízo da reparação dos danos causados:

- a) Advertência e anotação restritiva no Cadastro de Fornecedores;
- b) Multa de 0,2% (dois décimos percentuais) por dia de atraso no cumprimento da execução do contrato, até o limite de 10% (dez por cento) do valor da nota fiscal e de reajuste, se houver.
- c) Suspensão temporária do direito de licitar e de contratar com o CIGA pelo prazo de até 05 (cinco) anos, até que seja promovida a reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade.
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública.

22.3. A verificação posterior de que, nos termos da lei, o declarante não se enquadra como microempresa ou empresa de pequeno porte, caracterizará crime de fraude à licitação, conforme previsto no art. 90 da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993 e implicará na aplicação de sanções e penalidades estabelecidas na referida Lei e suas alterações posteriores, garantido o direito ao contraditório e defesa.

22.4. Não será aplicada multa se, comprovadamente, o atraso da entrega dos produtos, advir de caso fortuito ou motivo de força maior, ambos aceitos pelo CIGA.

22.5. Da sanção aplicada caberá recurso, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da notificação, à autoridade superior àquela que aplicou a sanção, ficando sobrestada até o julgamento do pleito, nos termos do artigo 109, da Lei 8.666/93.

23. FORMALIZAÇÃO DE CONSULTAS

23.1. Observando o prazo de até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para abertura da sessão pública, qualquer interessado poderá formular consultas por e-mail, informando o número e objeto da licitação.

23.1.1. Contato:

Pregoeiro: Marcello André Previdi

Endereço: Rua Santos Saraiva nº 1.546 - Estreito - Florianópolis, CEP 88.070-101

E-mail: ciga@ciga.sc.gov.br e contabilidade@ciga.sc.gov.br

Telefone: (48) 3221-8800

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

24.1. Antes da elaboração das propostas, os interessados deverão analisar todos os elementos que compõem o presente Edital. No caso de eventuais dúvidas poderão requerer, por e-mail (ciga@ciga.sc.gov.br) ao CIGA, os esclarecimentos necessários em até 02 (dois) dias úteis anteriores à data fixada para abertura da sessão pública, os quais serão decididos pelo Pregoeiro(a) no prazo de 24 horas, publicados através do

site www.ciga.sc.gov.br.

24.2. O CIGA reserva-se ao direito de modificar, anular ou revogar a licitação, no todo ou em parte, resguardada os limites do artigo 49, caput, da Lei 8.666/93 e seus parágrafos, bem como por razões de interesse público, derivadas de fato superveniente comprovado ou anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação, mediante ato escrito e fundamentado disponibilizado no sistema para conhecimento dos participantes da licitação. O CIGA poderá, ainda, prorrogar, a qualquer tempo, os prazos para recebimento das propostas ou para sua abertura.

24.3. É facultado ao(a) Pregoeiro(a), ou à autoridade a ele(a) superior, em qualquer fase da licitação, promover diligências com vistas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

24.4. As normas que disciplinam este Pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os proponentes, desde que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e a segurança da contratação.

24.5. As decisões referentes a este processo licitatório deverão ser comunicadas aos proponentes por qualquer meio de comunicação que comprove o recebimento ou, ainda, mediante publicação no Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina (www.diariomunicipal.sc.gov.br), respeitado o disposto no §1 do Art. 109 da lei 8.666/93.

24.6. Os casos não previstos neste Edital serão decididos pelo(a) Pregoeiro(a) a luz da legislação pertinente.

24.7. A participação do proponente nesta licitação implica em aceitação de todos os termos deste Edital.

24.8. Fazem parte integrante deste Edital os seguintes anexos:

ANEXO I - PLANILHA DE PREÇO MÁXIMO

ANEXO II - MODELO DA PROPOSTA DE PREÇOS

ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÃO DO PROPONENTE DE CUMPRIMENTO AO ART. 7º, INCISO XXXIII DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE

ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE PLENA ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL

ANEXO VII - TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO VIII - MINUTA CONTRATUAL

24.9. O foro designado para julgamento de quaisquer questões judiciais resultantes deste Edital será o local da realização do certame, considerado aquele a que está vinculado o(a) Pregoeiro(a).

Florianópolis, 13 de janeiro de 2014.

NELSON GUINDANI

Presidente do CIGA

MARCELLO ANDRÉ PREVIDI

Pregoeiro

ANEXO I

PLANILHA DE PREÇO MÁXIMO

ITEM	FAIXA ETÁRIA (anos)	COPARTICIPAÇÃO AMBULATORIAL	FRANQUIA PROCEDIMENTO CIRURGICO	DESCRICAÇÃO	UND	QTD (A)	MESES (B)	MENSALIDADE (C)	PREÇO TOTAL (A x B x C)
1	0 A 18	50% Limitado a R\$ 87,00	PP – R\$ 300,00 MP – R\$ 500,00 GP – R\$ 1.000,00	Plano de Saúde	mensalidades	2	12	R\$ 50,00	R\$ 1.200,00
2	24 A 28	Sem coparticipação	Sem franquia	Plano de Saúde	mensalidades	3	12	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
3	29 A 33	Sem coparticipação	Sem franquia	Plano de Saúde	mensalidades	3	12	R\$ 170,00	R\$ 6.120,00
4	34 A 38	50% Limitado a R\$ 87,00	PP – R\$ 300,00 MP – R\$ 500,00 GP – R\$ 1.000,00	Plano de Saúde	mensalidades	2	12	R\$ 95,00	R\$ 2.280,00
5	34 A 38	Sem coparticipação	Sem franquia	Plano de Saúde	mensalidades	1	12	R\$ 180,00	R\$ 2.160,00
				Total		11			R\$ 17.520,00

Obs.:

PP – Pequeno Porte; MP – Médio Porte; GP – Grande Porte

As categorias poderão variar de acordo com a evolução etária dos colaboradores

Novos colaboradores poderão ser inseridos em caso de contratação

ANEXO II

MODELO DA PROPOSTA DE PREÇOS

PREGÃO PRESENCIAL Nº 01/2014
PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 01/2014

ITEM	FAIXA ETÁRIA (anos)	COPARTICIPAÇÃO AMBULATORIAL	FRANQUIA PROCEDIMENTO CIRURGICO	DESCRICAÇÃO	UND	QTD (A)	MESES (B)	MENSALIDADE (C)	PREÇO TOTAL (A x B x C)
1	0 A 18	50% Limitado a R\$ 87,00	PP – R\$ 300,00 MP – R\$ 500,00 GP – R\$ 1.000,00	Plano de Saúde	mensalidades	2	12		
2	24 A 28	Sem coparticipação	Sem franquia	Plano de Saúde	mensalidades	3	12		
3	29 A 33	Sem coparticipação	Sem franquia	Plano de Saúde	mensalidades	3	12		
4	34 A 38	50% Limitado a R\$ 87,00	PP – R\$ 300,00 MP – R\$ 500,00 GP – R\$ 1.000,00	Plano de Saúde	mensalidades	2	12		
5	34 A 38	Sem coparticipação	Sem franquia	Plano de Saúde	mensalidades	1	12		
				Total		11			

Obs.: PP – Pequeno Porte; MP – Médio Porte; GP – Grande Porte

Local e data,

(nome; número da identidade; e assinatura do representante legal da Empresa)

ANEXO III

(Papel timbrado ou carimbo da empresa)

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

A.....(Razão Social da empresa)....., CNPJ nº, localizada à....., **DECLARA**, para fins de participação na licitação **PREGÃO PRESENCIAL Nº01/2014**, promovida pelo **CONSÓRCIO DE INFORMÁTICA NA GESTÃO PÚBLICA - CIGA**, e sob as penas da lei, que não foi declarada inidônea para licitar com a Administração Pública, bem como se obriga a declarar a superveniência de fato impeditivo da habilitação, em conformidade com o art. 32, parágrafo 2º, da Lei nº 8.666/93.

Local e data,

(nome; número da identidade; e assinatura do representante legal da Empresa)

ANEXO IV

(Papel timbrado ou carimbo da empresa)

**MODELO DE DECLARAÇÃO DO PROPONENTE DE CUMPRIMENTO AO ART. 7º, INCISO
XXXIII DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

AO
CONSÓRCIO DE INFORMÁTICA NA GESTÃO PÚBLICA – CIGA
Rua Santos Saraiva, nº 1546
Florianópolis/SC

REF: PREGÃO PRESENCIAL Nº 01/2014

_____ inscrito no CNPJ nº _____, por
intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) _____, portador(a) da Carteira
de Identidade nº _____ e CPF nº _____, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso
V do Art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de Junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de
1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega
menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Local e data,

(nome; número da identidade; e assinatura do representante legal da Empresa)

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)

ANEXO V

(Papel timbrado ou carimbo da empresa)

MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE

A.....(Razão Social da empresa)....., CNPJ nº,
sediada, **DECLARA**, para fins de participação na licitação **PREGÃO PRESENCIAL Nº 01/2014**, promovida pelo **CONSÓRCIO DE INFORMÁTICA NA GESTÃO PÚBLICA - CIGA**, e sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e data,

(nome; número da identidade; e assinatura do representante legal da Empresa)

ANEXO VI

(Papel timbrado ou carimbo da empresa)

DECLARAÇÃO DE PLENA ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL

A.....(Razão Social da empresa)....., CNPJ nº, com endereço à....., **DECLARA**, para os fins e feitos de direito, que se submete aos termos do edital desta licitação, informando que a proposta apresentada obedeceu e considerou todos os elementos mencionados no Edital **PREGÃO PRESENCIAL Nº 01/2014**, promovido pelo **CONSÓRCIO DE INFORMÁTICA NA GESTÃO PÚBLICA**.

Local e data,

(nome; número da identidade; e assinatura do representante legal da Empresa)

ANEXO VII

TERMO DE REFERÊNCIA

CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PLANO COLETIVO EMPRESARIAL COM ATENDIMENTO NACIONAL, COPARTICIPAÇÃO DE 50% E ISENTO DE COPARTICIPAÇÃO, ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO, SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA NA MODALIDADE PRÉ-PAGAMENTO.

1. OBJETO

1.1 - TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o *Regime de Contratação Coletivo Empresarial*, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada ao CIGA por relação empregatícia.

1.2 - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.3 - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência geográfica do presente contrato será de atendimento nacional, compreendendo todo território nacional, através de rede própria, reembolso ou de repasse para congêneres.

1.3.1 - O sistema de reembolso mencionado do item acima deverá ocorrer obrigatoriamente entre a CONTRATADA e o prestador do serviço, sem qualquer prejuízo ao beneficiário.

1.4 - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação do presente contrato é todo o território nacional.

1.5 - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A internação se dará em quarto coletivo com no máximo 3 pessoas, com banheiro privativo e direito a um acompanhante, incluindo a alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante.

Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente entre o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a

CONTRATADA.

Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

1.6 - FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo CIGA, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

1.6.1 - Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados.

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

3.1 Serão considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à CIGA por relação empregatícia, comissionados e servidores à disposição do CIGA e seus dependentes nas seguintes condições:

- a) demitidos e aposentados conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- b) quando o plano for contratado na forma da Lei 8.666/93, o CIGA poderá inscrever:
 - os aposentados e os vinculados os agentes políticos;
 - o cônjuge;
 - filhos solteiros com até 18 (dezoito) anos incompletos ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos cursando nível universitário, devidamente comprovado;
 - enteado, criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do usuário titular por força de decisão judicial, observadas as regras aplicadas no item b);
 - companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
 - os filhos incapazes;
 - o pai ou a mãe no caso do titular ser solteiro.

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

É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

- a) a mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
- b) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- c) seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- d) seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta cláusula; e
- e) seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que:

- a) a inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e c) seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo CIGA à CONTRATADA.

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

TITULAR:

- Cópia RG, CPF, RIC
- Comprovante de residência em nome do titular ou outro documento que comprove, conforme exemplos abaixo:
 - Conta de água, luz ou telefone
 - Contrato de Locação
 - Declaração de endereço
- Comprovante de vínculo com o CIGA:
 - a) Funcionários:
 - 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 – assinada e carimbada pela empresa; ou
 - Contra cheque, folha de pagamento.
 - b) Administradores:
 - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;

c) Agente Político:

- Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

DEPENDENTES:

Esposa:

- Cópia RG, CPF, RIC e Certidão de Casamento;

Companheira:

- Cópia RG, CPF, RIC, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);

Filhos menores de 18 anos:

- Cópia da Certidão de Nascimento; Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG, CPF e RIC;

Filhos Adotivos:

- Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;

Enteados:

- Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;

Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:

- Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular;

Pai ou Mãe:

- Cópia RG, CPF, RIC, Certidão de Nascimento do filho (a);

3.2 A previsão de usuários* (titulares e dependentes) do Plano é de aproximadamente 11 (onze usuários), distribuídos por faixa etária conforme tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	Nº USUÁRIOS
0 a 18	2
19 a 23	0
24 a 28	3
29 a 33	3
34 a 38	3
39 a 43	0
44 a 48	0
49 a 53	0
54 a 58	0
59 ou mais	0
TOTAL	11

* Os dados acima são meramente informativos, podendo sofrer alterações durante a vigência do contrato.

4. VALOR

4.1 Considerando que o contrato atenda 11 usuários, considerando a planilha de preço máximo a ser contratado – ANEXO I, o valor estimado médio a título de mensalidade por usuário é de R\$132,72 (cento e trinta e dois reais e setenta e dois centavos), perfazendo o valor total anual de R\$17.520,00 (dezesete mil quinhentos e vinte reais).

4.2 O contrato será isento de taxas para inscrição ou inclusão de usuários.

5. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

5.1 - A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes a identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, deve assegurar aos usuários do Plano de Saúde do CIGA a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

5.2 – O CIGA fixa o prazo de até 15 (quinze) dias após a assinatura do contrato, para que a CONTRATADA efetue a entrega dos cartões de identificação.

5.3 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o CIGA 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 será de, no máximo, R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

5.4 - Da identificação do usuário constará a expressão “CIGA”.

6. ABRANGÊNCIA DO ATENDIMENTO

6.1 A área de abrangência geográfica do plano será de atendimento nacional, conforme estabelecido no item 1.3 deste termo.

6.1.1 A abrangência no estado de Santa Catarina deverá contar na data da apresentação da proposta com rede própria de atendimento no município sede do CIGA.

7. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observados os limites de carência

estabelecidos neste contrato. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato e incluirá:

7.1 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;

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

7.3 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;

7.4 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais 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;

7.5 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;

7.6 Cobertura de consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, 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, abaixo listadas:

7.7 CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO

7.7.1. Cobertura obrigatória de até 24 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos

um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- b. pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- d. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- e. pacientes com disfagia (CID R13);
- f. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- g. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disфонia (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).

7.7.2. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

7.8. CONSULTAS COM NUTRICIONISTA

7.8.1. Cobertura obrigatória, de até 12 consultas/sessões, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. ter diagnóstico confirmado de diabetes (tipo I ou tipo II em uso de medicação);
- b. ter realizado pelo menos 02 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 12 meses (endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista);
- c. ter realizado pelo menos 1 ECG nos últimos 12 meses;
- d. ter realizado pelo menos 2 exames de hemoglobina glicosilada nos últimos 12 meses.

7.8.2. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

7.9. CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

7.9.1. Cobertura obrigatória de até 40 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F84);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33).

7.10. CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

7.10.1. Cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F 00 à F 03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F 70 à F 79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83).

7.10.2 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, abaixo listadas:

7.11 SESSÃO DE PSICOTERAPIA

7.11.1. Cobertura obrigatória de até 12 sessões por ano de contrato quando, preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39);
- f. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

7.12 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

7.13 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;
- 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.

7.14 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 – 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) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, com 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;

e) hemoterapia ambulatorial;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

7.15 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;

7.16 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) internação psiquiátrica: custeio integral de até 30 (trinta) dias por ano de contrato, não cumulativos, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da Contratada;

- ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de coparticipação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;
- 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, abaixo listadas:

7.16.1 Custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados pelo alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

7.17 ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO

7.17.1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:

- a. paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- b. paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
- c. paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- d. paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

7.18 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;

7.19 Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do

paciente durante o período de internação;

7.20 Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

7.21 Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

7.22 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;

7.23 Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

a) a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);

b) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

c) 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 Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que atendam às características especificadas; e

d) 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;

7.24 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;

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.

7.25 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;

7.26 Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;

7.27 Quando se tratar de criança ou adolescente menores de 18 (dezoito) anos, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

7.28 Conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, quando se tratar de idosos a partir do 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

7.29 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;

7.30 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 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.

7.31 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;

7.32 Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, 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 (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) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- g) embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato 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;

7.33 Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

7.34 Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

7.35 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 do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para parto, 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) assegurada a opção de inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, isento dos períodos de carências e da análise de doença ou lesão preexistente, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para o parto e obedecido o grau de dependência previsto na Cláusula Condições de Admissão;
- c) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes;
 - entende-se como pós-parto imediato as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

7.36 Transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

7.36.1 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 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).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.

7.37 Transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

7.38 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.

8. EXCLUSÃO DE COBERTURA

8.1 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
- cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).

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 esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) métodos contraceptivos abaixo indicados:

- pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional;
- anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;
- anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida.

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, são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas);

h) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

i) 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;

j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);

- k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- l) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- m) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- n) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- o) 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;
- p) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;
- q) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais (conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento) que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar;
- r) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar;
- s) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

8.2 A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário 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.

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

9. CARÊNCIAS

9.1 Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

- a) Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
- b) Em até 30 dias da vinculação do titular ao CIGA.

9.1.1 O prazo de 30 dias da vinculação do titular ao CIGA será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

9.2 Os beneficiários 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 nascidos e filhos adotivos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

9.3 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 ao CIGA, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

9.4 Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários enquadrados nos itens 9.2 e 9.3 devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:

PROCEDIMENTO	CARÊNCIAS
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas	24 horas
Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio-x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	30 dias
Fisioterapias	90 dias
Parto a Termo	300 dias
Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
Todas as demais coberturas	180 dias

10. COPARTICIPAÇÃO

10.1 Coparticipação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes.

10.2 Os empregados do CIGA (usuários titulares) poderão optar por planos sem coparticipação ou com participação do custeio do plano de saúde, mediante coparticipação de 50% (cinquenta por cento), limitado a R\$ 87,00 (oitenta e sete reais), por evento realizado e por beneficiário, conforme abaixo discriminado:

- a) 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: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

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

10.4 Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante coparticipação, equivalente a R\$ 43,50 (quarenta e três reais e cinquenta centavos) por diária efetivamente realizada.

10.5 Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

11. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

11.1 Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I. 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;

II. Consultas/Sessões com: 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;

III. 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;

IV. 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 cirurgia

dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

V. 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.

VI. 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);

11.2 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 providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

11.3 Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se ao Centro de Atendimento da **CONTRATADA** mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

11.4 A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência ou emergência.

11.5 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.

11.6 Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do site da CONTRATADA.

11.7 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:

I. 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.

II. 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.

III. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em

vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e o CIGA.

11.8 Condições diferenciadas de atendimento:

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

b) a CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempassador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme prevê o art. 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

12. APOSENTADOS E DEMITIDOS

12.1 - Ao empregado do CIGA, que vier a ter seu contratado de trabalho rescindido por aposentadoria, terá assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que esta condição esteja estabelecida em acordo específico para demissão ou desligamento incentivado instituído pelo CIGA e que o empregado venha a aderir, ou que atenda as seguintes premissas:

- a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator de moderação;
- b) o CIGA formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da comunicação da aposentadoria, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- c) assumo o pagamento integral;
- d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, conforme disposto no item “b”.

12.1.1 Atendendo as premissas supra relacionadas, o período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

- a) se tiver contribuído para este plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se tiver contribuído para este plano por menos de 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

12.2 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 atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

12.3 No Caso de Rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa , é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator de moderação;
- b) Assuma o pagamento integral;
- c) O CIGA deverá formalizar, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, comunicando a decisão à **CONTRATADA**;
- d) Opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

12.3.1 O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho será de um terço do tempo de permanência neste plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

12.4 Em caso de morte do titular (aposentado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

12.5 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 no plano.

12.6 Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria à do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

12.7 O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

13. TRANSPORTE TERRESTRE

13.1 A CONTRATADA deverá garantir a cobertura de remoção prevista no Art. 7º da resolução 13/98, do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU ou outra vigente a época do evento.

14. ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

14.1 Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar,

descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

14.2 Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

14.3 É de responsabilidade do CIGA comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

15. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1 Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) por solicitação do CIGA, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- b) perder o vínculo com o CIGA 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) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o CIGA;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;
- f) 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;

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

15.3 A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com o CIGA e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

15.4 Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas

condições de venda vigente para o mercado geral.

15.5 Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Funcionários Demitidos e Funcionários Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão assinar um novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

15.6 O CIGA deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

16. DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

16.1 Deverão Integrar o contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo, a Declaração de Conhecimento do Plano Referência.

18. INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

18.1 O CIGA manterá atualizada, junto à **CONTRATADA**, relação dos usuários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa de cada, através da Proposta de Adesão de inclusão ou exclusão. É responsabilidade do CIGA a informação dos dependentes por titular, e fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de solicitar a devida comprovação sempre que julgar necessário.

18.2 As inclusões e exclusões deverão ser informadas à **CONTRATADA** até o 15º dia de cada mês, para que surtam efeitos no mês subsequente.

18.3 Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) por solicitação do CIGA, mediante comunicação escrita remetida à **CONTRATADA**;
- b) perder o vínculo com o CIGA que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, 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 de 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) não for apresentada documentação requerida pela **CONTRATADA**, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o CIGA;

- e) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;
- f) se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 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**;

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

18.5 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com o CIGA e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

18.6 Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na Cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

18.7 Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de funcionários demitidos e funcionários aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão assinar novo contrato individual ou familiar em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

18.8 O CIGA deverá informar as exclusões à **CONTRATADA**, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

18.9 Será assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular como seu dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carência em alegação de doença ou lesão preexistentes, desde que:

- a) A mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
- b) A inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- c) Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- d) Seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta cláusula; e
- e) Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

18.10 Será assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições

do filho natural, inclusive nos períodos de carência já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que:

- a) A inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) Seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e
- c) Seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

19. FORMULÁRIO CADASTRAL

19.1 As partes firmam o presente contrato, ficando o CIGA responsável pelo envio dos Formulários Cadastrais dos usuários à **CONTRATADA**, bem como disponibilizará cópia deste Termo aos mesmos, bem como, Proposta de Adesão e Declarações de Saúde dos usuários titulares e seus dependentes.

20. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

20.1 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**:
 - I. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
 - II. Em até 30 dias da vinculação do titular ao **CIGA**.

20.2 O prazo de 30 dias da vinculação do titular ao **CIGA** será contado a partir do 1º dia subsequente da contratação ou vencimento do contrato de experiência com prazo determinado, quando houver.

20.3 Os usuários 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 inscritos conforme Cláusula Inclusão e Exclusão de Usuários.

20.4 Na eventualidade da redução do número de usuários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à **CIGA**, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

20.5 Os usuários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, (um para cada usuário), onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam serem portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

20.6 No preenchimento da declaração de saúde, o usuário tem o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela **CONTRATADA**, pertencente à rede cooperada da

mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da **CONTRATADA**, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

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

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

20.9 Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos usuários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

20.10 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá ao usuário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, facultativamente a opção do agravo a critério da **CONTRATADA**:

- a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo 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, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo usuário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 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.
- b) Agravo: Consiste em um acréscimo no valor da contraprestação mensal (mensalidade), conforme especificações no aditivo contratual, permitindo a cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

20.11 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.

20.12 O agravo será formalizado através de aditivo contratual e nele constará o valor e período da cobrança.

20.13 Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do usuário 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 ou Agravo.

20.14 A **CONTRATADA** poderá comprovar o conhecimento prévio do usuário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do usuário 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 usuário, no plano.

20.15 A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do usuário, cabendo a **CONTRATADA** o ônus da prova do conhecimento prévio do usuário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

20.16 A **CONTRATADA** irá comunicar ao usuário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao usuário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano e opcionalmente o agravo. Em caso de recusa do usuário, por uma das opções oferecidas pela **CONTRATADA**, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

20.17 Após o recebimento da comunicação e recusa do usuário, 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 legal para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

20.18 Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o usuário e o CIGA 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 usuário que foi parte do processo de omissão.

21. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

21.1 Para efeito da presente cláusula, considera-se:

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

21.2 Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do usuário 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.

21.3 Quando envolver acordo 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 e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos 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 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.

21.4 Os usuários inscritos pelo CIGA têm direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da **CONTRATADA** que faz parte deste contrato. O CIGA ou usuário deve entregar toda a documentação original (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência), relativa às despesas efetuadas. A documentação deve ser entregue a **CONTRATADA** no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta, que terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso.

21.5 A **CONTRATADA** deve garantir a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

- a) Na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;
- b) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se 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 CIGA; e

c) Quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou o 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, caberá 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 paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

21.6 A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

21.7 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de vida, estando o usuário em período de cobertura parcial temporária, o CIGA e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** desse ônus.

21.8 Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, 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.

21.9 Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a **CONTRATADA** garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

22. SIGILO MÉDICO

22.1 O CIGA se compromete a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

23. DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS.

23.1 A **CONTRATADA** não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e despesas extraordinárias de acompanhantes.

Parágrafo Único - A responsabilidade pelo pagamento destas despesas será, exclusivamente, do usuário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

24. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

24.1 O prazo de pagamento será até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, contados após o período de aferição dos serviços realizados, bem como os valores relativos à coparticipação dos usuários.

24.2 Os valores relativos a coparticipação dos usuários serão repassados pelo CIGA à **CONTRATADA** até o quinto dia útil ao mês subsequente ao do envio pela **CONTRATADA** à **CIGA** da relação acompanhada de arquivo em meio eletrônico, discriminando por usuário titular os serviços executados pela **CONTRATADA**. A relação e o arquivo eletrônico dos valores da coparticipação devem ser entregues no CIGA até o quinto dia útil do mês posterior ao do procedimento.

24.3 O valor da coparticipação dos empregados do CIGA nos serviços, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual previsto sobre o custo dos serviços executados, observado os valores da tabela de reembolso da **CONTRATADA**, que deverá ter com parâmetro máximo o estabelecido na CBHPM pelo CFM - Conselho Federal de Medicina.

24.4 Havendo dúvidas relativas às informações do extrato, o CIGA solicitará que a **CONTRATADA** lhe preste os esclarecimentos necessários.

25. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO CIGA PERANTE O PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

25.1 O Plano coletivo empresarial se destina as pessoas jurídicas que mantêm vínculo empregatício com o beneficiário titular.

25.2 O CIGA deverá atender as condições de admissão e prazos abaixo:

a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:

I. Cópia do: contrato de consórcio público atualizado, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;

b) a relação dos funcionários inscritos no FGTS;

c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 10 (dez) beneficiários;

d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

I. Contrato e Proposta de Contratação;

II. Carta de Orientação ao Beneficiário;

III. Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e pelo CIGA;

IV. Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);

V. Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravio (quando for o caso).

25.3 O CIGA informará a **CONTRATADA** a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

25.4 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo CIGA, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

25.5 É de responsabilidade do CIGA manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, outros. Também é de responsabilidade do CIGA informar a **CONTRATADA** o número do CPF dos dependentes inscritos no plano quando completarem 18 (dezoito) anos.

25.6 Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o CIGA responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

ANEXO VIII

MINUTA CONTRATUAL

CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS –
STE N° _____ / ____ . N° DE REGISTRO _____

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Instrumento particular de contrato, que
celebram o **CONSÓRCIO DE**
INFORMÁTICA NA GESTÃO
PÚBLICA - CIGA e a empresa _____.

CLÁUSULA PRIMEIRA - PREÂMBULO

1.1 CONTRAENTES

Celebram o presente Contrato o **CONSÓRCIO DE INFORMÁTICA NA GESTÃO PÚBLICA - CIGA**, consórcio público de direito público, inscrito no CNPJ do MF sob n° 09.427.503/0001-12, com sede à Rua Santos Saraiva, n° 1546, Estreito Florianópolis/SC, doravante simplesmente denominado "**CIGA**" e a empresa _____, inscrita no CNPJ _____ do MF sob n° _____, Registro da Operadora na ANS n° _____, Classificação da Operadora na ANS: _____, com sede na Rua _____, n° _____, Bairro _____, na cidade de _____, doravante simplesmente denominada "**CONTRATADA**".

1.2 REPRESENTANTES

Representam o CIGA, conforme poderes outorgados em contrato de consórcio público, o seu Presidente, adiante assinado e a **CONTRATADA** por seu representante legal, adiante assinado, de conformidade com o Instrumento Procuratório, apresentado e arquivado no CIGA.

1.3 FUNDAMENTO CONTRATUAL

A celebração deste contrato decorre da Homologação n° _____, datada de _____, da Presidência do CIGA, que aprovou o julgamento do Pregão Presencial n° 01/2014.

1.4 LOCAL E DATA

Lavrado na sede do CIGA, na cidade de Florianópolis/SC, aos _____.

1.5 REGIME LEGAL

As contraentes expressam sujeição às cláusulas contratuais, às disposições constantes na Lei nº 10.520 de 17/07/02, com a aplicação subsidiária da Lei nº 8.666/93, que regulamenta a modalidade de Pregão nas formas eletrônica e presencial e, a Lei Complementar nº 123/06 de 14/12/06. E ainda, em especial, a Lei nº 9.656 de 03/06/98.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBJETO

2.1 DISCRIMINAÇÃO

O objeto do presente contrato é ajustar com a **CONTRATADA**, a Prestação de Serviços Técnicos Especializados de assistência à saúde, consistente em um Plano Coletivo Empresarial, com as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia na modalidade de “Pré-Pagamento”, acomodação em apartamento coletivo com no máximo 3 pessoas com banheiro privativo e direito a um acompanhante, com coparticipação de 50% (cinquenta pontos percentuais) ou isento de coparticipação, conforme opção do colaborador, com abrangência em todo o território nacional, relacionados e especificados no Anexo I – Planilha de Preço Máximo, Anexo VII – Termo de Referência, nas condições apresentadas em seu orçamento-proposta nº _____, datado de _____ e o Edital, do Pregão Presencial nº 01/2014, do qual, fazem parte integrante deste Termo.

2.1.1 Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela **CONTRATADA**.

2.2 PRAZO DE VIGÊNCIA E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

O prazo para execução dos serviços será de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias corridos, contados a partir da data de assinatura do contrato, expedida pela Diretoria do CIGA. Este prazo poderá ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses, nos termos do inciso II, do art 57, da Lei nº 8.666/93, na forma em vigor.

2.3 REGIME DE EXECUÇÃO

O regime de execução dos serviços é o de empreitada por preço unitário.

2.4 GESTOR E FISCAL DO CONTRATO

O órgão gestor deste contrato é a Diretoria Executiva do CIGA, sendo a gestora do contrato a Sra. Morgana Arent Michels, e-mail: contabilidade@ciga.sc.gov.br, telefone: 48-3221-8800, lotada na sede do CIGA.

2.5 A CONTRATADA manterá durante toda execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PRECEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação, segmentação e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato e incluirá:

3.1.1 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, respeitado a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei;

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

3.1.3 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;

3.1.4 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais 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**;

3.1.5 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;

3.1.6 Cobertura de consultas/sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista, 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, abaixo listadas:

3.2 CONSULTAS/SESSÕES COM FONOAUDIÓLOGO

3.2.1 Cobertura obrigatória de até 24 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- b) pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- c) pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- d) pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- e) pacientes com disfagia (CID R13);
- f) pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- g) pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disfonia (R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).

3.2.2 Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 (seis) consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

3.3 CONSULTAS COM NUTRICIONISTA

3.3.1 Cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) ter diagnóstico confirmado de diabetes (tipo I ou tipo II em uso de medicação);
- b) ter realizado pelo menos 02 (duas) consultas médicas especializadas nos últimos 12 meses (endocrinologista e/ou oftalmologista e/ou cardiologista e/ou nefrologista);
- c) ter realizado pelo menos 1 ECG nos últimos 12 meses;
- d) ter realizado pelo menos 2 exames de hemoglobina glicosilada nos últimos 12 meses.

3.3.2 Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 (seis) consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

3.4 CONSULTAS/ SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

3.4.1 Cobertura obrigatória de até 40 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F84);
- c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 50);
- d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33).

3.5 CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

3.5.1 Cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F 00 a F 03);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F 70 a F 79);
- c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83).

3.5.2 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, abaixo listadas:

3.6 SESSÃO DE PSICOTERAPIA

3.6.1 Cobertura obrigatória de até 12 sessões por ano de contrato quando, preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F 40 a F 48);
- b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);
- c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);
- d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89);
- e) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F

39);

f) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

3.7 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física (Fisioterapia), conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**;

3.8 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 espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- 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.

3.9 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 – 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) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, com 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;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

3.10 Participação do médico anestesologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

3.11 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) internação psiquiátrica: custeio integral de até 30 (trinta) dias por ano de contrato, não cumulativos, em regime de internação hospitalar ou hospital-dia, em hospital integrante da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**;

- ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias acima previsto, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de coparticipação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;
- 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, abaixo listadas:

3.11.1 Custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados pelo alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

3.12 ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA E PSIQUIÁTRICO

3.12.1 Cobertura obrigatória quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:

- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
- c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

3.13 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;

3.14 Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

3.15 Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

3.16 Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

3.17 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;

3.18 Órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

- a) a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);
- b) é de responsabilidade do médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- c) 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 Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que atendam às características especificadas; e

d) 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;

3.19 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;

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.

3.20 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;

3.21 Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme disposto na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção;

3.22 Quando se tratar de criança ou adolescente menores de 18 (dezoito) anos, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

3.23 Conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, quando se tratar de idosos a partir do 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências, é assegurada ao acompanhante a cobertura de acomodação e alimentação conforme dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante;

3.24 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;

3.25 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 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.

3.26 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;

3.27 Procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, 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 (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) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- g) embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato 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;

3.28 Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

3.29 Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

3.30 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 do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para parto, 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) assegurada a opção de inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, isento dos períodos de carências e da análise de doença ou lesão preexistente, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para o parto e obedecido o grau de dependência previsto na Cláusula Condições de Admissão;

c) cobertura das despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós- parto imediato (acomodação e alimentação de acordo com a dieta geral do hospital, exceto na internação em UTI ou similar, onde não é permitido o acompanhante), conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes;

3.30.1 Entende-se como pós-parto imediato as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

3.31 Transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:

3.31.1 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 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).

3.31.2 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.

3.32 Transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

3.33 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 QUARTA – EXCLUSÃO DE COBERTURA

4.1 Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

I. empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

II. são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou

III. cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label).

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 esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma 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 abaixo indicados:

I. pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional;

II. anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;

III. anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida.

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, são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles prescritos pelo médico assistente

para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (tais como: hospitais, ambulatórios, clínicas);

h) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

i) 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.

j) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios que não constarem, na data do evento, da lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br);

k) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

l) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

m) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

n) transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

o) consultas e exames periódicos, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que são de responsabilidade do empregador conforme determina a NR7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, do Ministério do Trabalho;

p) consultas, internações e demais atendimentos domiciliares;

q) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais (constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento) que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar;

r) os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para segmentação hospitalar;

s) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

t) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

4.2 A **CONTRATADA** não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário 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.

4.3 A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do usuário, que

deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA QUINTA – CARÊNCIAS

5.1 Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à **CONTRATADA**:

- a) Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
- b) Em até 30 dias da vinculação do titular ao **CIGA**.

5.1.1 O prazo de 30 dias da vinculação do titular ao **CIGA** será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

5.2 Os beneficiários 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 nascidos e filhos adotivos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão.

5.3 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 ao **CIGA**, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

5.4 Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários enquadrados nos itens 5.2 e 5.3 devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:

PROCEDIMENTO	CARÊNCIAS
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas	24 horas
Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia	24 horas
Fisioterapias	90 dias
Parto a Termo	300 dias
Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
Todas as demais coberturas	180 dias

CLÁUSULA SEXTA – COPARTICIPAÇÃO

6.1 Os empregados do CIGA (usuários titulares) participarão do custeio do plano de saúde, poderão optar por modalidades sem coparticipação ou mediante coparticipação de 50% (cinquenta pontos percentuais), limitado a R\$ 87,00 (oitenta e sete reais), por evento realizado e por beneficiário, conforme abaixo discriminado:

- a) 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: Fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizados em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

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

6.3 Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante coparticipação, equivalente a R\$ 43,50 (quarenta e três reais e cinquenta centavos) por diária efetivamente realizada.

6.4. Os valores serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

6.5. No caso dos colaboradores que optarem por coparticipação, os mesmos também serão responsáveis pelas coparticipações nas cirurgias conforme tabela de referencia do edital n. 01/2014.

CLÁUSULA SÉTIMA – CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

7.1 A **CONTRATADA** fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes a identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, deve assegurar aos usuários do Plano de Saúde do CIGA a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

7.2 O CIGA fixa o prazo de até 15 (quinze) dias após a assinatura do contrato, para que a **CONTRATADA** efetue a entrega dos cartões de identificação.

7.3 Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o CIGA 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\$ xxxx (xxxxxxxx), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

7.4 Da identificação do usuário constará a expressão “**CIGA**”.

CLÁUSULA OITAVA – ABRANGÊNCIA DO ATENDIMENTO

8.1 A área de abrangência geográfica do plano será de atendimento nacional, conforme estabelecido no item 1.3 do Anexo VII – Termo de Referência.

8.1.1 A abrangência no estado de Santa Catarina deverá contar na data da apresentação da proposta com rede própria no município sede do CIGA.

CLÁUSULA NONA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

9.1 Serão considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados ao **CIGA** por relação empregatícia, estatutária, comissionados, servidores à disposição do CIGA e seus dependentes nas seguintes condições:

a) demitidos e aposentados conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;

b) quando o plano for contratado na forma da Lei nº 8.666/93, o CIGA poderá inscrever:

I. os aposentados a ela vinculados;

II. os agentes políticos;

III. o cônjuge;

IV. filhos solteiros com até 18 (dezoito) anos incompletos ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos cursando nível universitário, devidamente comprovado;

V. enteado, criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do usuário titular por força de decisão judicial, observadas as regras e condições aplicadas no item b. IV;

VI. companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;

VII. os filhos incapazes;

VIII. o pai ou a mãe no caso do titular ser solteiro.

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

9.3 É assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

a) a mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto;

b) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;

- c) seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- d) seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta cláusula; e
- e) seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

9.4 Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que:

- a) a inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e c) seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

9.5 A inscrição dos beneficiários no plano deve ser comunicada pelo CIGA e a **CONTRATADA**.

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

9.6.1 Titular:

I - Cópia RG, CPF, RIC

II - Comprovante de residência em nome do titular ou outro documento que comprove, conforme exemplos abaixo:

- Conta de água, luz ou telefone
- Contrato de Locação
- Declaração de endereço

III - Comprovante de vínculo com o CIGA:

a) Funcionários:

- 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 – assinada e carimbada pela empresa; ou
- Contra cheque, folha de pagamento.

b) Administradores:

- Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;

c) Agente Político:

- Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

9.6.2 Dependentes:

- Esposa: Cópia RG, CPF, RIC e Certidão de Casamento;
- Companheira: Cópia RG, CPF, RIC, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
- Filhos menores de 18 anos: Cópia da Certidão de Nascimento; Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG, CPF

e RIC;

- Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;
- Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular;
- Pai ou Mãe: Cópia RG, CPF, RIC, Certidão de Nascimento do filho (a);

CLÁUSULA DÉCIMA - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

10.1 O CIGA manterá atualizado, junto à **CONTRATADA**, relação dos usuários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa de cada, através da Proposta de Adesão de inclusão ou exclusão. É responsabilidade do CIGA a informação dos dependentes por titular, e fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de solicitar a devida comprovação sempre que julgar necessário.

10.2 As inclusões e exclusões deverão ser informadas à **CONTRATADA** até o 15º dia de cada mês, para que surtam efeitos no mês subsequente.

10.3 Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) por solicitação do CIGA, mediante comunicação escrita remetida à **CONTRATADA**;
- b) perder o vínculo com o CIGA que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, 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 de 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) não for apresentada documentação requerida pela **CONTRATADA**, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o CIGA;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;
- f) se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº9.656/98 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**;

10.4 Também serão excluídos os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de

inscrição, conforme Cláusula Condições de Admissão.

10.5 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com o CIGA e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

10.6 Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na Cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

10.7 Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de funcionários demitidos e funcionários aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão assinar novo contrato individual ou familiar em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

10.8 O CIGA deverá informar as exclusões à **CONTRATADA**, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

10.9 - Será assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular como seu dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carência em alegação de doença ou lesão preexistentes, desde que:

- a) A mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
- b) A inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- c) Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- d) Seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta cláusula; e
- e) Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

10.10 - Será assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições do filho natural, inclusive nos períodos de carência já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que:

- a) A inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) Seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e c) Seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FORMULÁRIO CADASTRAL

11.1 As partes firmam o presente contrato, ficando o CIGA responsável pelo envio dos Formulários Cadastrais dos usuários a **CONTRATADA**, bem como disponibilizará cópia deste Termo aos mesmos, bem como, Proposta de Adesão e Declarações de Saúde dos usuários titulares e seus dependentes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

12.1 Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

I. Consultas Médicas: Os beneficiários serão 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;

II. Consultas/Sessões com: 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;

III. 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;

IV. 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);

V. 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**.

VI. 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);

12.2 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 providenciar a autorização da **CONTRATADA**, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por qualquer despesa.

12.3 Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se ao Centro de Atendimento da **CONTRATADA** mais próxima, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

12.4 A **CONTRATADA** garantirá a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência ou emergência.

12.5 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.

12.6 Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do site da **CONTRATADA**.

12.7 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 do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **CONTRATADA** deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e o CIGA.

12.8 Condições diferenciadas de atendimento:

- a) a **CONTRATADA** autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

b) a **CONTRATADA** poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela **CONTRATADA**) conforme prevê o art. 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

13.1 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**:

- I. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
- II. Em até 30 dias da vinculação do titular à **CIGA**.

13.2 O prazo de 30 dias da vinculação do titular à **CIGA** será contado a partir do 1º dia subsequente da contratação ou vencimento do contrato de experiência com prazo determinado, quando houver.

13.3 Os usuários 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 inscritos conforme Cláusula Inclusão e Exclusão de Usuários.

13.4 Na eventualidade da redução do número de usuários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à **CIGA**, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

13.5 Os usuários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, (um para cada usuário), onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam serem portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

13.6 No preenchimento da declaração de saúde, o usuário tem o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela **CONTRATADA**, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da **CONTRATADA**, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

13.7 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o usuário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o usuário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer

questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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

13.9 Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos usuários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

13.10 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá ao usuário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, facultativamente a opção do agravo a critério da **CONTRATADA**:

- a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo 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, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo usuário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 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.
- b) Agravo: Consiste em um acréscimo no valor da contraprestação mensal (mensalidade), conforme especificações no aditivo contratual, permitindo a cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

13.11 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.

13.12 O agravo será formalizado através de aditivo contratual e nele constará o valor e período da cobrança.

13.13 Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do usuário 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 ou Agravo.

13.14 A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do usuário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do usuário 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 usuário, no plano.

13.15 A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do usuário, cabendo a **CONTRATADA** o ônus da prova do conhecimento prévio do usuário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

13.16 A **CONTRATADA** irá comunicar ao usuário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao usuário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano e opcionalmente o agravo. Em caso de recusa do usuário, por uma das opções oferecidas pela **CONTRATADA**, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

13.17 Após o recebimento da comunicação e recusa do usuário, 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 legal para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

13.18 Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o usuário e o CIGA 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 usuário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

14.1 Para efeito da presente cláusula, considera-se:

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

14.2 Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do usuário 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.

14.3 Quando envolver acordo 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 e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos 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 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.

14.4 Os usuários inscritos pelo CIGA têm direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da **CONTRATADA** que faz parte deste contrato. O CIGA ou usuário deve entregar toda a documentação original (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência), relativa às despesas efetuadas. A documentação deve ser entregue a **CONTRATADA** no prazo máximo de 1 (um) ano da data do atendimento ou da alta, que terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso.

14.5 A **CONTRATADA** deve garantir a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

- a) Na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;
- b) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se 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 CIGA; e
- c) Quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou o 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, caberá 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

paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

14.6 A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, será realizada em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

14.7 Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de vida, estando o usuário em período de cobertura parcial temporária, o CIGA e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** desse ônus.

14.8 Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, 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.

14.9 Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a **CONTRATADA** garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – SIGILO MÉDICO.

15.1 O CIGA se compromete a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS.

16.1 A **CONTRATADA** não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e despesas extraordinárias de acompanhantes.

Parágrafo Único - A responsabilidade pelo pagamento destas despesas será, exclusivamente, do usuário, que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – APOSENTADOS E DEDITIDOS

17.1 Ao empregado do CIGA, que vier a ter seu contrato de trabalho rescindido por aposentadoria, terá assegurado o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que esta condição

esteja estabelecida em acordo específico para demissão ou desligamento incentivado instituído pelo CIGA e que o empregado venha a aderir, ou que atenda as seguintes premissas:

- a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator de moderação;
- b) o CIGA formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da comunicação da aposentadoria, comunicando a decisão à **CONTRATADA**;
- c) assuma o pagamento integral;
- d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias, conforme disposto no item b;

17.1.1 Atendendo as premissas supra relacionadas, o período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

- a) se tiver contribuído para este plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se tiver contribuído para este plano por menos de 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

17.2 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 atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão.

17.3 No Caso de Rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) Já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator de moderação;
- b) Assuma o pagamento integral;
- c) O CIGA deverá formalizar, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, comunicando a decisão à **CONTRATADA**;
- d) Opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

17.3.1 O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho será de um terço do tempo de permanência neste plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

17.4 Em caso de morte do titular (aposentado ou demitido), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

17.5 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 no plano.

17.6 Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria à do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

17.7 O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – TRANSPORTE TERRESTRE

18.1 A **CONTRATADA** deverá garantir a cobertura de remoção prevista no Art. 7º da resolução 13/98, do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU ou outra vigente a época do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - VALOR E REAJUSTAMENTO

19.1 VALOR DO CONTRATO

O CIGA pagará à **CONTRATADA**, pela prestação dos serviços, objeto deste contrato, o valor mensal de **R\$ _____ (_____)** por beneficiário inscrito no plano com coparticipação de 50% e **R\$ _____ (_____)** por beneficiário inscrito no plano isento de coparticipação, para efeitos financeiros, fiscais e contratuais, consoantes o disposto na licitação, na Proposta e Anexos da **CONTRATADA**, datada de _____, os quais são partes integrantes deste Termo.

19.1.1 O Valor total estimado do contrato será de **R\$ _____ (_____)**, totalizando _____ (_____) **mensalidades**, independente da idade.

19.1.2 Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo CIGA, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

19.1.2.1 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados.

19.1.2.2 O contrato será isento de taxas para inscrição ou inclusão de usuários.

19.2 CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O prazo de pagamento será até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, contados após o período de aferição dos serviços realizados, bem como os valores relativos à coparticipação dos usuários.

19.2.1 Os valores relativos à coparticipação dos usuários serão repassados pelo **CIGA** à **CONTRATADA** até o quinto dia útil ao mês subsequente ao do envio pela **CONTRATADA** à **CIGA** da relação acompanhada de arquivo em meio eletrônico, discriminando por usuário titular os serviços executados pela **CONTRATADA**. A relação e o arquivo eletrônico dos valores da coparticipação devem ser entregues no **CIGA** até o quinto dia útil do mês posterior ao do procedimento.

19.2.2 O valor da coparticipação dos empregados do CIGA nos serviços, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual previsto sobre o custo dos serviços executados, observado os valores da tabela de reembolso da CONTRATADA, que deverá ter com parâmetro máximo o estabelecido na CBHPM pelo CFM - Conselho Federal de Medicina.

19.2.3 Havendo dúvidas relativas às informações do extrato, o CIGA solicitará que a **CONTRATADA** lhe preste os esclarecimentos necessários.

19.3 CONDICIONAMENTO LIBERATÓRIO DO PAGAMENTO

- a) Guia de Recolhimento do FGTS e Informação à Previdência Social - GFIP; por contrato, identificando o tomador dos serviços;
- b) Nominata dos empregados da empresa, indicando o número da carteira de trabalho, CNPF e carteira de identidade;
- c) Guia da Previdência Social - GPS (sobre a folha de pagamento);
- d) A **CONTRATADA** deverá observar no corpo da nota fiscal a retenção para a seguridade social, (11%), destacando no corpo da mesma a base de cálculo e o respectivo valor a ser retido;
- e) Os serviços não poderão ser transferidos ou sublocados, no todo ou em parte.
- f) Comprovação de pagamento dos salários e obrigações trabalhistas.
- g) Apresentar os Laudos referentes ao artigo 291 da IN 971 de 13/11/2009 da RFB.

19.4 DO CÓDIGO TRIBUTÁRIO MUNICIPAL – ISS

- a) quando o ISS (imposto sobre o serviço) for para o Município onde o CIGA não seja solidário por substituição tributária:
 - a1) deverá a empresa apresentar cópia autenticada (em cartório) da inscrição no Cadastro de Prestadores de Serviços de Qualquer Natureza e guia do recolhimento do tributo, nos municípios onde os serviços serão prestados, quitada e autenticada (cartório).
 - b) a não apresentação do que exige a alínea “a1”, o tomador dos serviços fará a retenção na fonte e repassará ao município correspondente;
 - c) o prestador deverá discriminar na nota fiscal de serviços, ou em anexo as seguintes informações: Município, Valor do serviço prestado no município, Código do serviço, Alíquota (%) e Valor do ISS;
 - d) quando o ISS (imposto sobre o serviço) for para o município onde o CIGA seja solidário por substituição tributária o ISS será retido na fonte;
 - e) a base de cálculo do ISS é o custo do serviço em sua totalidade, não devendo ser deduzido o valor dos materiais adquiridos de terceiros.

19.4.1 Os pagamentos devidos pelo CIGA serão liquidados através de crédito em conta corrente do favorecido, em conta do Banco do Brasil SA ou via boleto bancário;

19.5 ATRASO DE PAGAMENTO

O CIGA pagará por eventuais atrasos de pagamento, encargos financeiros conforme o disposto no *Caput* do

Art. 117, da Constituição Estadual.

19.6 RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros para pagamento do objeto deste contrato são provenientes do Consórcio de Informática na Gestão Pública, comprometido no orçamento de 2014: Projeto Atividade nº 2001 – Administração e Manutenção do Consórcio, no elemento de despesa nº 3.3.90 e Projeto Atividade nº 2002 – Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas de TI, no elemento de despesa nº 3.3.90.

19.7 REAJUSTAMENTO

Os preços serão fixos e irrevogáveis, durante os primeiros 12 (doze) meses de contratação, contados do orçamento desta licitação (janeiro/2014). Decorrido este prazo, seus preços poderão ser reajustados conforme índice definido pela Agência Nacional de Saúde – ANS, observado o intervalo de 12 (doze) meses entre um reajuste e outro.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - PENALIDADES

20.1 Pela inexecução total ou parcial do Contrato o **CIGA** poderá, garantida prévia defesa, aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

- I) Advertência e anotação restritiva no Cadastro de Fornecedores;
- II) Multa. Será cobrada multa de 0,2% (dois décimos por cento) por dia de atraso no cumprimento da execução do contrato, até o limite de 10% (dez por cento) do valor da Nota Fiscal principal e de reajuste, se houver;
- III) Suspensão temporária de participação em licitação, e impedimento de contratar o CIGA, por um prazo não superior a 5 (cinco) anos;
- IV) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - RESCISÃO

21.1 A inexecução total ou parcial do Contrato ensejará a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em Lei. Dentre outros, constituem motivos para rescisão do Contrato:

- 21.1.1** O não cumprimento ou o cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações ou prazos;
- 21.1.2** A lentidão do seu cumprimento levando o CIGA a comprovar a impossibilidade da execução, nos prazos estipulados;
- 21.1.3** O atraso injustificado no início da execução;
- 21.1.4** A paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação o CIGA;
- 21.1.5** A subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação da **CONTRATADA** com outro, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas no processo de Dispensa de Licitação e neste Termo;

21.1.6 O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores;

21.1.7 O cometimento reiterado de faltas na sua execução;

21.1.8 A decretação de falência, ou a instauração de insolvência civil.

21.2 FORMAS DE RESCISÃO

A rescisão do Contrato poderá ser:

21.2.1 Determinada por ato unilateral e escrito do **CIGA**, nos casos enumerados no item **21.1**;

21.2.2 Amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da Licitação, desde que haja conveniência para o **CIGA**. Esta rescisão deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente;

21.2.3 Judicial, nos termos da legislação processual;

21.2.4 Em quaisquer das hipóteses de rescisão, havendo usuários em período de internação, esta não será suspensa, porém a **CONTRATADA** não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas ao **CIGA**.

21.2.5 Qualquer que tenha sido o motivo para rescisão do presente contrato, incumbe à **CIGA** o pagamento dos valores relativos aos serviços já realizados, e ainda que a **CONTRATADA** não tenha processado as respectivas faturas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

22.1 Em caso de cancelamento deste contrato, a **CONTRATADA** disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

22.2 Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

22.3 É de responsabilidade do **CIGA** comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

23.1 Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) por solicitação do CIGA, mediante comunicação escrita remetida à **CONTRATADA**;
- b) perder o vínculo com o CIGA 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) não for apresentada documentação requerida pela **CONTRATADA**, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o CIGA;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual;
- f) 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**;

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

23.3 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com o CIGA e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

23.4 Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

23.5 Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Funcionários Demitidos e Funcionários Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão assinar um novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

23.6 O CIGA deve informar as exclusões à **CONTRATADA**, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

Parágrafo Único - Documentos Pertinentes ao Plano de Saúde integram este contrato para todos os fins de direito: a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo, a Declaração de Conhecimento do Plano Referência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO CIGA PERANTE O PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

24.1 O Plano coletivo empresarial se destina as pessoas jurídicas que mantém vínculo empregatício com o beneficiário titular.

24.2 O CIGA deverá atender as condições de admissão e prazos abaixo:

a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:

I. Cópia do: contrato de consórcio público atualizado, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;

b) a relação dos funcionários inscritos no FGTS;

c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 10 (dez) beneficiários;

d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

I. Contrato e Proposta de Contratação;

II. Carta de Orientação ao Beneficiário;

III. Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e pelo CIGA;

IV. Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente); V. Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo (quando for o caso).

I. Contrato e Proposta de Contratação;

II. Carta de Orientação ao Beneficiário;

III. Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e pelo CIGA;

IV. Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);

V. Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo (quando for o caso).

24.3 O CIGA informará à **CONTRATADA** a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir novos beneficiários ou excluir a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

24.4 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo

CIGA, inclusive os comprovantes legais que atestem a condição de dependência.

24.5 É de responsabilidade do CIGA manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, outros. Também é de responsabilidade do CIGA informar a **CONTRATADA** o número do CPF dos dependentes inscritos no plano quando completarem 18 (dezoito) anos.

24.6 Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o o CIGA responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

25.1 DOCUMENTOS

Integram o presente Instrumento, como se nele estivessem transcritos, a proposta nº _____, datada de _____, e o Edital do Pregão Presencial n. 01/2014.

25.2 FORO

As Contraentes elegem com expressa renúncia de qualquer outro mais privilegiado, o Foro da Comarca da Capital, SC, para solução de quaisquer questões emergentes, ao presente Contrato.

E, por assim estarem justas e acertadas, firmam o presente em 2 (duas) vias de igual teor e forma, com as testemunhas abaixo, e a tudo presentes.

Florianópolis, _____ de _____ de 2014.

CONSÓRCIO DE INFORMÁTICA NA GESTÃO PÚBLICA – CIGA.

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATADA