TERCEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE CONVÊNIO N° 06/2017, FIRMADO ENTRE A BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA E O CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO – CRC-ES.

DAS PARTES:

De um lado, **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO – CRC-ES**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Amélia da Cunha Ornelas, 30 – Bento Ferreira – Vitória - ES – CEP 29.050-620, inscrito no CNPJ/MF sob o número 28.163.343/0001-96 e isento da inscrição Estadual, neste ato representado pelo seu presidente, Sr. **ROBERTO SCHULZE**, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 793.096.157-53, simplesmente denominada ENTIDADE.

E de outro lado,

BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, registrada na ANS sob o nº 41771-8, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Av. Nossa Senhora dos Navegantes, nº 495, salas 702 a 704, Ed. Centro Empresarial Enseada – Enseada do Suá, Vitória –ES, CEP 29050-335, inscrita no CNPJ sob nº 11.073.058/0001-81, neste ato representado por seu sócio, Sr. FLÁVIO NASCIMENTO COSSETTI, brasileiro, casado, empresário, portador de carteira de identidade número 536.071-89 SSP/SP e do CPF nº 072.623.497-40, simplesmente denominada **BENEVIX.**

RESOLVEM celebrar o presente o **TERCEIRO TERMO ADITIVO,** mediante a Inclusão do **ANEXO III.**

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA INCLUSÃO

Será incluído o **ANEXO III** ao **TERMO DE CONVÊNIO N° 06/2017** firmado entre a **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO – CRC-ES** e a **BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, que a partir da data de assinatura deste termo aditivo começará a vigorar com a seguinte redação.

www.benevix.com.br
27 3022 7272
Av. Nossa Senhora dos Navegantes · nº 495 · loja 05 · Ed. Centro Empresarial Enseada · Enseada do Suá · Vitória/ES. ANS – N.º 41.771-8

ANEXO III

TABELA DE PREÇOS – UNIMED SUL CAPIXABA

FAIXA ETÁRIA	PERSONAL	TEEN		TRIO		AMPLO I	
	ENFERMARIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
ANS	474.060/15-2	471.295/14-1	471.294/14-3	467.738/12-2	467.737/12-4	468.354/13-4	472.583/14-2
0 a 18	126,11	131,33	186,38	148,40	211,13	213,01	304,82
19 a 23	140,15	145,99	207,64	165,13	235,39	237,49	340,30
24 a 28	159,85	166,58	237,49	188,56	269.37	271,79	390,05
29 a 33	174,91	182,32	260,30	206,50	295,37	298,08	428,16
34 a 38	204,78	213,53	305,56	242,02	346,89	350,07	503,54
39 a 43	234,16	244,21	350,05	277,00	397,59	401,25	577,77
44 a 48	301,69	314,74	452,33	357,37	514,14	518,91	748,37
49 a 53	389,49	406,47	585,34	461,91	665,73	671,89	970,19
54 a 58	518,84	541,61	781,28	615,86	888,94	897,26	1.296,98
59 ou mais	707,48	738,66	1.067,01	840,41	1.214,55	1.225,91	1.773,51
DATA BASE	DEZEMBRO						

Data base para reajuste contratual – A data base para o reajuste contratual será a data de assinatura do contrato celebrado entre operadora e a administradora de benefícios, que neste caso se deu em **DEZEMBRO** independente da data de inclusão do Associado Titular e seus dependentes.

TIPOS DE PRODUTOS

UNIMED PERSONAL – Os serviços serão prestados por médicos cooperados nos Recursos Próprios (Laboratório Próprio, Centro de Especialidades Unimed e Centro de Diagnóstico e Imagem Hospital Unimed). Acomodação somente em enfermaria.

Área de Abrangência: Cachoeiro de Itapemirim

UNIMED TEEN – Os serviços serão prestados pela Unimed Sul Capixaba através de seus médicos cooperados e rede própria ou por ela contratada no grupo de municípios regionais previamente estabelecido. Opções de acomodação em enfermaria e quarto privativo.

Área de Abrangência: Alegre, Afonso Claudio, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Guaçuí, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Mimoso do Sul e Venda Nova do Imigrante.

UNIMED TRIO – Os serviços serão prestados pela Unimed Sul Capixaba através de seus médicos cooperados, no Centro de Especialidades e rede própria ou por ela contratada no grupo de municípios estaduais previamente estabelecido. Opções de acomodação em enfermaria e quarto privativo.

Área de Abrangência: Alegre, Afonso Claudio, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Guaçuí, Iconha, Iúna, Itapemirim, Marataízes, Mimoso do Sul, Venda Nova do Imigrante, Cariacica, Vitória, Serra, Vila Velha, Domingos Martins, Colatina, Aracruz e Linhares.

UNIMED AMPLO I – Os serviços serão prestados pela Unimed Sul Capixaba através de seus médicos cooperados, como também rede própria ou por ela contratada no grupo de estados previamente estabelecido. Opções de acomodação em enfermaria e quarto privativo.

Área de Abrangência: Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo.

ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Estes produtos somente poderão ser comercializados na Área de abrangência da Unimed Sul Capixaba

GRUPO DE CO-PARTICIPAÇÃO

UNIMED PERSONAL	
EXEMPLO DE COPARTICIPAÇÃO	**VALORES**
Consulta no Espaço Viver bem (Atenção Primaria)	Isento
Consulta com ginecologista, obstetra e Pediatra	Isento
Exames Simples, Internações Clínicas e Cirúrgicas	Isento
Consulta em consultório médico cooperado e pronto Socorro	R$ 49,50
Sessões com Fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo	R$ 29,69
Taxa de atendimento em Pronto Socorro (sala de observação, material e medicação)	R$ 65,53
FATOR MODERADOR: Coparticipação de 50%, limitado ao teto máximo de R$ 175,07 por procedimento. *Não há fator moderador para internações clínicas e cirúrgicas.	

UNIMED TEEN	
EXEMPLO DE COPARTICIPAÇÃO	**VALORES**
Consulta no Centro de Especialidade Unimed (CEU)	R$ 49,50

Consulta em consultório médicos cooperados e pronto socorro	R$ 49,50
Taxa de Atendimento em Pronto Socorro (sala de observação, material e medicamento)	R$ 65,53
FATOR MODERADOR: Coparticipação de 50%, limitado ao tento máximo de R$175,07 por procedimento. *Não há fator moderador para internações clínicas e cirúrgicas.	

UNIMED TRIO	
EXEMPLO DE COPARTICIPAÇÃO	**VALORES**
Consulta no centro de Especialidade Unimed (CEU)	R$ 14,85
Consulta em consultório médicos Cooperados e Pronto Socorro – Dentro da área de ação da Operadora	R$ 29,70
Consulta- Consultório Médicos Cooperados e Pronto Socorro – Fora da área de ação da Operadora	R$49,50
Procedimentos Ambulatoriais, Exames e Terapias Grupo A	R$ 4,38
Procedimentos Ambulatoriais, Exames e Terapias Grupo B	R$ 26,26
Procedimentos Ambulatoriais, Exames e Terapias Grupo C	R$ 87,54
Procedimentos Ambulatoriais, Exames e Terapias Grupo D	R$ 175,04
FATOR MODERADOR: Coparticipação com percentuais diferenciados para consulta e valores fixos para exames e procedimentos ambulatoriais, inclusive para atendimento de urgência e emergência. *Não há fator moderador para internações clínicas e cirúrgicas	

UNIMED AMPLO I	
EXEMPLO DE COPARTICIPAÇÃO	**VALORES**
Consultas no Centro de especialidade Unimed (CEU)	R$ 49,50
Consulta em consultório médicos cooperados e Pronto Socorro	R$ 49,50
Taxa de atendimento em Pronto Socorro (sala de observação, material e medicamento)	R$ 65,53
FATOR MODERADOR: Coparticipação de 50%, limitador ao teto máximo de R$175,07 por procedimento. Não há fator moderador para internações clínicas e cirúrgicas.	

Mecanismos de regulação de coparticipação - Será de responsabilidade do usuário o pagamento da participação em valor monetário sobre os serviços e procedimentos efetivamente utilizados pelo cliente titular e seus dependentes, a seguir discriminados: consultas e procedimentos em consultório, pronto-socorro, pronto-atendimento, cobertura de serviços de apoio a diagnósticos, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimento cirúrgicos ambulatoriais.

CLÁUSULA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. As presentes alterações passam a integrar e complementar o **CONTRATO** e obrigam as **PARTES** e seus sucessores.

2.2. Ficam expressamente ratificadas todas as demais Cláusulas e condições do **CONTRATO**, naquilo que não conflitarem com o conteúdo deste Aditivo, passando a valer tal alteração a partir de 01/10/2018.

E, por estarem justas e contratadas, na melhor forma de direito, assinam as PARTES o presente TERMO ADITIVO em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um único efeito, rubricando suas folhas, na presença das testemunhas abaixo qualificadas

Vitória-ES, 01 de Outubro de 2018.

Flavio Cossetti
Diretor de Operações
Benevix Adm. de Benefícios Lt

BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO – CRC-ES

Testemunhas:

Nome: Raimella de Freitas M.
CPF: 125.943.177-05

Nome: Luciana Brito Camargo
CPF 497.928.735-20

TERMO DE CONVÊNIO Nº 06/2017

De um lado, **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO - CRCES**, Autarquia Federal, Órgão Fiscalizador do Exercício Profissional, inscrito no CNPJ sob o nº 28.163.343/0001-96 com Sede à Rua Amélia da Cunha Ornelas, nº 30, Bento Ferreira, Vitória-ES, Cep 29.050-620, neste ato representado pelo seu Presidente, o Contador HAROLDO SANTOS FILHO, brasileiro, casado, inscrito no CRCES sob o nº ES-008910/O e CPF nº. 904.208.967-91, adiante denominado simplesmente **ENTIDADE**;

De outro lado, **BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, registrada na **ANS** sob o **nº. 41771-8,** pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Nossa Senhora dos Navegantes, nº 495, salas 702 a 704, Ed. Centro Empresarial Enseada - Enseada do Suá, Vitória – ES, CEP 29050-335, inscrita no CNPJ sob nº. 11.073.058/0001-81, neste ato representado por seus Sócios, Sr. ALCEU GERMANO SESTINI, brasileiro, casado, empresário, portador da carteira de identidade número 15.413.083 SSP/SP e do CPF n° 063.292.728-32 e o Sr. FLAVIO NASCIMENTO COSSETTI, brasileiro, casado, empresário, portador da carteira de identidade número 536.071-89 SSP/SP, e do CPF nº 072.623.497-40, simplesmente denominada **BENEVIX;**

Resolvem, de comum acordo celebrar o presente Convênio para Oferta e Disponibilização de Planos de Saúde de Assistência Médica e Hospitalar e Planos Odontológicos coletivo por adesão, em estrita observância dos termos do art. 116 e §§ da Lei Federal nº 8.666, de 23.06.1993, alterada pela Lei 8.883, de 08.03.1994, que reger-se-á pelas cláusulas e condições adiante descritas:

Cláusula Primeira – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente convênio, estabelecido junto à ENTIDADE, a prestação dos serviços da BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA - na condição de estipulante, conforme os termos das normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar (a "ANS"), na forma descrita nos anexos I e II do presente Termo de Convênio, tais como:

I- exercer todas as funções e ações que lhe são permitidas pela e nas formas da RN 196 de 14 de Julho de 2009 e demais legislações em vigor;

II - promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do art. 23 da RN n° 195, de 14 de Julho de 2009.

1.2. Os benefícios que serão disponibilizados pela BENEVIX aos Beneficiários estão descritos na proposta comercial, sendo certo que cada nova modalidade ou tipo de benefício aqui não previsto deverá ser prévia e expressamente aprovado pela ENTIDADE.

1.3. Os benefícios serão destinados à população delimitada e vinculada à ENTIDADE que juntamente com seus dependentes, passarão a ser denominados como "Beneficiários".

1.4. As pessoas registradas na ENTIDADE e seus dependentes, devem estar em situação regular, a ser verificada através do comprovante de vínculo, mediante apresentação:

a) Carteira do CRCES e **Certificado de Regularidade Profissional - CRP** (no caso dos profissionais da contabilidade registrados);
b) Carteira Funcional (no caso dos funcionários do **CRCES**);

VISTO JURÍDICO

c) Carteira Funcional e **Certificado de Regularidade Profissional da Pessoa Jurídica– CRP-PJ** (no caso dos funcionários das organizações contábeis);
d) No caso dos dependentes, apresentar documentos tais como: RG, certidão de nascimento ou certidão de casamento ou outros que comprovem a dependência, bem como os documentos mencionados nas letras "a" ou "b".

Cláusula Segunda – DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

2.1. Constituem obrigações da ENTIDADE:

a) providenciar a divulgação permanente da empresa BENEVIX no site do CRCES, no link: http://crc-es.org.br/convenios ;

b) facilitar a divulgação dos benefícios oferecidos pela BENEVIX, através de comunicação interna do CRCES e do e-mail marketing.

c) favorecer a divulgação do objeto deste convênio a todas as pessoas que vierem a se vincular a ENTIDADE;

d) remeter para a BENEVIX uma cópia de toda e qualquer correspondência ou comunicação relacionada aos benefícios que lhe seja encaminhada por Beneficiários ou operadoras e que tenha como objeto quaisquer das condições ou serviços aqui mencionados, ainda que sejam endereçadas aos cuidados da ENTIDADE ou das operadoras.

2.2. Caso a ENTIDADE venha a se manifestar sobre os benefícios para os Beneficiários ou para as operadoras, ANS e demais órgãos públicos ou regulamentadores, a BENEVIX deverá receber por escrito a minuta da comunicação com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, para sua análise e eventual aprovação dos termos lá constantes.

2.3. Se houver por parte da ENTIDADE qualquer reclamação ou solicitação com relação à prestação dos serviços ora contratados, ela se compromete a encaminhar sua reclamação ou solicitação por escrito diretamente à BENEVIX, sem dar qualquer publicidade ao fato, concedendo prazo razoável à BENEVIX para a propositura de uma solução.

2.4 – Não intervir na execução das atividades desenvolvidas pela **BENEVIX**, no cumprimento do presente **CONVÊNIO**, desde que os atos não contrariem a lei e os benefícios contratados pela **ENTIDADE.**

Cláusula Terceira – DAS OBRIGAÇÕES DA BENEVIX

3.1. A BENEVIX fica obrigada a:

a) providenciar a adesão dos Beneficiários aos benefícios, conforme estes manifestarem seu interesse, e mediante condições diferenciadas obtidas junto às operadoras;

b) guardar sigilo sobre os dados cadastrais recebidos da ENTIDADE comprometendo-se a utilizá-los exclusivamente para os fins a que se destina este convênio, conforme previsto na cláusula décima terceira.

c) discutir junto às Operadoras assuntos operacionais, tais como: negociação de reajustes, aplicação de mecanismos de regulação, alteração de rede assistencial;

VISTO Benevix JURÍDICO

d) recepcionar as solicitações de movimentação cadastral dos Beneficiários, enviando para a operadora proceder e efetivar as alterações, inclusões e exclusões dos mesmos;

e) providenciar a arrecadação, e efetivamente arrecadar, de cada Beneficiário, para depósito nas contas correntes bancárias da BENEVIX a importância relacionada ao pagamento mensal do(s) benefício(s), que será o valor bruto ajustado entre a BENEVIX e as operadoras, acrescido de IOF, no caso de seguro, a "mensalidade", e da(s) taxa(s) referente(s) ao(s) serviço(s) ora prestado(s) pela BENEVIX, que conjuntamente formarão o "preço", previsto na (s) tabela(s) de preço descritas nas condições comerciais;

f) realizar a conferência das faturas e responsabilizar-se pela pontual entrega das mensalidades às operadoras, mediante o pagamento da fatura por elas emitida (a "fatura"), nos moldes do art. 13 da RN 195 da ANS de 10/07/2009, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998;

g) disponibilizar ao Beneficiário atendimento, de cunho exclusivamente administrativo, presencial e/ou por *Contact Center*, exceção feita aos atendimentos e serviços de responsabilidade exclusiva das operadoras;

h) entregar aos Beneficiários documentos relacionados aos benefícios, conforme normas regulamentares da ANS;

i) assumir isoladamente todas as responsabilidades pela administração e gestão do referido contrato de adesão;

j) estabelecer rotinas e processos para a oferta dos benefícios aos novos associados, além de elaboração e execução das campanhas de marketing e controle de qualidade e quantidade das vendas (adesões);

k) fiscalizar a produção e envio de manuais produzidos pelas operadoras de saúde e odontologia;

l) enviar aos Beneficiários do presente convênio, as carteiras de identificação produzidas pelas operadoras;

m) fornecer as informações processadas para as Operadoras;

n) prestar, a título de suporte, atendimento administrativo e operacional aos Beneficiários conforme descrito abaixo, exceção feita aos atendimentos, coberturas médicas e hospitalares, bem como todos os demais procedimentos administrativos e de responsabilidade exclusiva das operadoras:

I - Central de Atendimento aos Beneficiários: a **BENEVIX** colocará à disposição central de atendimento em horário comercial, nos dias de semana, com o objetivo de prestar assistência telefônica aos Beneficiários do presente convênio;

II - Cadastro: **A BENEVIX** se responsabilizará por toda movimentação cadastral, através de sistema de cadastro próprio, repassando as informações através de arquivo eletrônico segundo layout e data estabelecidos pelas **OPERADORAS;**

III - Comunicação com o Beneficiário: **A BENEVIX** preparará informativo mensal aos Beneficiários, através do boleto de cobrança;

IV - Acompanhamento das Cobranças: **A BENEVIX**, através de sistema próprio e de central telefônica especializada, realizará trabalho de acompanhamento das cobranças dos casos de inadimplência.

VISTO

V - Recuperação de Beneficiários: Será realizado trabalho sistemático de recuperação de Beneficiários, inclusive de recomposição de dívidas;

Parágrafo Único – As obrigações administrativas dos serviços da BENEVIX relativos aos benefícios objeto deste convênio serão exercidas com recursos próprios ou através de empresa do seu mesmo grupo econômico, ou por empresas interpostas contratadas pela BENEVIX.

Cláusula Quarta – DAS RESPONSABILIDADES

4.1. Para os fins e efeitos do presente convênio, a ENTIDADE reconhece a BENEVIX como titular e responsável pela estipulação e/ou contratação, perante as operadoras, dos benefícios ofertados aos Beneficiários, bem como às obrigações daí decorrentes, ficando a ENTIDADE desonerada de qualquer responsabilidade administrativa, financeira e operacional em relação aos benefícios.

4.2. Compromete-se a ENTIDADE sempre que solicitada pela BENEVIX, a emitir documento manifestando-se sobre a contratação e/ou estipulação de outros benefícios, devendo constar, se aprovados, sua pretensão em disponibilizá-los à população delimitada e vinculada a ENTIDADE.

4.3. A BENEVIX definirá, ao seu critério, a estratégia e os meios técnicos, operacionais, logísticos, administrativos e financeiros que serão utilizados para a execução dos serviços ora contratados, utilizando, para tanto, suas próprias ferramentas e tecnologia, e se necessário, contratando terceiros, como lhe aprouver.

4.4. Caberá unicamente à BENEVIX, na qualidade de legítimo estipulante e/ou contratante dos benefícios, a escolha da Corretora de Seguros responsável pela distribuição, angariação, intermediação e corretagem (no caso de seguros) dos negócios, ficando autorizado a agir isoladamente para, na gerência do negócio inerente ao presente convênio, subcontratar ou terceirizar os serviços que julgar necessários. A Corretora de Seguros ficará autorizada a cobrar diretamente do Beneficiário Titular que subscrever a Proposta de Adesão a taxa de cadastramento e implantação (a "taxa de cadastro"), que corresponde a uma única parcela do valor total do(s) benefício(s) contratado(s).

4.5. A ENTIDADE se compromete a não fazer ingerências ou interferências nos serviços prestados e de responsabilidade da BENEVIX, definidas através do presente instrumento. Porém, fica ressalvada a possibilidade da ENTIDADE opinar em eventual caso de reclamação dos Beneficiários.

Parágrafo Primeiro– Eventuais aumentos ou reajustes nos valores dos preços dos benefícios, desde que motivados por autorização legal e/ou expressamente previstos na apólice e/ou no contrato coletivo, firmado entre a BENEVIX e as operadoras, serão previamente comunicados a ENTIDADE.

Parágrafo Segundo– A BENEVIX é o único responsável pela totalidade dos pagamentos devidos às operadoras, inclusive por multas e encargos, eventuais atrasos, os quais não ultrapassarão os prazos que impliquem em suspensão do atendimento ou cancelamento dos benefícios por parte das operadoras, não cabendo a ENTIDADE nenhuma responsabilidade sobre eventuais inadimplências das mensalidades.

Parágrafo Terceiro– A BENEVIX não é responsável:

a) pela rentabilidade decorrente da análise de sinistralidade (razão de faturamento bruto em reais, menos despesas médicas em reais) do contrato coletivo por adesão estipulado, vez que tal análise independe de sua administração, gestão operacional e de risco, sendo de exclusiva responsabilidade da operadora do plano de saúde contratada;

VISTO benevix JURÍDICO

b) financeiramente, pelas obrigações não cumpridas cuja responsabilidade seja comprovadamente da Operadora, sendo certo que a BENEVIX, compromete-se tão somente, no cumprimento de seus deveres de Estipulante e Administradora, a defender interesses legítimos dos Beneficiários ligados a ENTIDADE, e seus respectivos dependentes;

c) pelo processamento e pagamento de prestadores médicos e de reembolso de despesas médicas;

d) pela indicação de prestadores médicos;

e) pelo credenciamento ou referenciamento de rede assistencial;

f) pela realização de auditoria médica;

g) pela autorização ou vedação de liberação de procedimentos médicos e odontológicos, tampouco pela emissão de senha/autorização para a sua realização.

h) por todo e qualquer serviço de responsabilidade exclusiva das operadoras.
Parágrafo Quarto- Para o desenvolvimento e a realização do objeto deste convênio, os Beneficiários aderirão aos benefícios, de livre e espontânea vontade, podendo incluir seus dependentes elegíveis, devendo para tanto se responsabilizar pelas informações cadastrais e de saúde, fornecidas quando da contratação, bem como pelos documentos a acompanham, inclusive para caracterização da elegibilidade.
Parágrafo Quinto- As condições contratuais inerentes aos benefícios serão ajustadas, exclusivamente, entre a BENEVIX e as operadoras, conforme entendimentos do disposto no item 4.1 deste instrumento.

4.6 - A **BENEVIX** fica desde já autorizada a cobrar diretamente dos Beneficiários inadimplentes os valores dos benefícios pendentes acrescidos de multas, juros, e quaisquer outros encargos decorrentes do presente convênio, sempre em conformidade com a legislação em vigor;

4.7 - A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, ressalvadas as urgências e emergências, implicam em dever do BENEFICIÁRIO pagar à **OPERADORA** o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência;

4.8 - A inserção de mensagens nos boletos mensais enviados aos Beneficiários valerá como notificação extrajudicial para todos os efeitos deste convênio;

Cláusula Quinta – DA INCLUSÃO, EXCLUSÃO E SUSPENSÃO DE BENEFICIÁRIO

5.1 - Para a solicitação de inclusões se faz necessário o envio do termo de adesão devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário Titular, juntamente com toda documentação comprobatória.

Parágrafo Primeiro. As solicitações recebidas até o dia 10 (dez) do mês corrente terão vigência a partir do primeiro dia do mês subsequente. Solicitações recebidas após o dia 10 (dez) do mês corrente terão vigência somente a partir do primeiro dia do segundo mês subsequente;

Parágrafo Segundo. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela **BENEVIX**;

Parágrafo Terceiro. Se a solicitação de exclusão se realizar diretamente por vontade do beneficiário titular, o cancelamento será efetivado nos termos da RN 412 da ANS.

VISTO Benevix JURÍDICO

5.2 - Fica estabelecido em relação à solicitação de exclusão, que deverá ser preenchido formulário específico, contendo nome e código do Beneficiário a ser excluído, devidamente assinado pelo Beneficiário Titular e enviado até o dia 10 (dez) do mês corrente, sendo certo que, terá vigência até o último dia do mesmo mês; sendo que, quando requerida diretamente por vontade do beneficiário; a mesma poderá ser solicitada por qualquer meio, sendo procedida nos termos da RN 412 da ANS.

5.3 - O atraso no pagamento do benefício implicará a suspensão total do atendimento aos Beneficiários inadimplentes e seus dependentes, até a efetiva liquidação do débito, nos termos da cláusula sexta e, ultrapassado 30 (trinta) dias, a exclusão dos Beneficiários inadimplentes e seus dependentes;

5.4 - A BENEVIX poderá, em garantia de seu direito de cobrança dos créditos de que cuidam os artigos deste Capítulo, inscrever nos Órgãos de Proteção ao Crédito, o nome do BENEFICIÁRIO TITULAR, até a quitação do seu débito, respeitados os critérios estabelecidos no Código de Defesa do Consumidor e respectiva regulamentação.

Cláusula Sexta - DOS VALORES FINANCEIROS

6.1 – Os valores referentes aos benefícios deverão ser pagos todo dia 10 (dez) seguinte ao 1º dia de vigência. Ocorrendo impontualidade no pagamento, fica estipulado cláusula **penal moratória de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, incidente sobre o valor do débito;**

6.2 - A **BENEVIX** cobrará os valores referentes aos benefícios dos Beneficiários da melhor maneira que lhe convier, seja por boleto bancário, seja por débito em conta corrente ou outra forma, desde que com a autorização do Beneficiário Titular;

6.3 – Para o desenvolvimento e a realização do objeto deste CONVÊNIO, os Beneficiários e seus dependentes firmarão contrato de adesão aos benefícios diretamente com a **BENEVIX**, inclusive quanto aos valores financeiros pertinentes ao mesmo.

6.4 – A tabela de preços dos benefícios está descrita no Anexo II.

Cláusula Sétima – DA AÇÃO PROMOCIONAL

7.1 - Em qualquer ação promocional relacionada com o objeto deste **CONVÊNIO**, será obrigatoriamente destacada a participação da **ENTIDADE;**

7.2 - Antes da veiculação de qualquer material de divulgação do objeto do presente **CONVÊNIO**, o mesmo deverá ser submetido à apreciação e aprovação da **ENTIDADE**.

Cláusula Oitava – DOS GESTORES

8.1 - As partes indicam os Gestores abaixo relacionados, devidamente habilitados, com poderes para adotar as providências necessárias para o bom andamento do presente CONVÊNIO:

Nome: Iranilson Casado Pontes - CPF 763.048.177-20
Diretor Executivo do CRCES

VISTO JURÍDICO Benevix

Nome: Flávio Nascimento Cossetti – CPF 072.623.497-40
Sócio Diretor da BENEVIX

8.2 – Os Planos de Trabalho, as solicitações e o envio de documentos referentes ao presente CONVÊNIO deverão ser feitos sempre através dos Gestores indicados;

8.3 – Os Gestores, de comum acordo, poderão propor eventuais alterações que se fizerem necessárias para o bom andamento deste CONVÊNIO cabendo, no entanto, aos representantes legais das partes aceitarem as condições estabelecidas nas Cláusulas Segunda e Terceira deste instrumento;

8.4 – Todas as comunicações relativas ao presente CONVÊNIO serão consideradas como efetivadas se entregues por meio de documentos formais e endereçadas aos Gestores indicados pelas partes da seguinte forma:

- ENTIDADE: CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO – CRCES: Rua Amélia da Cunha Ornelas, nº 30, Bento Ferreira, Vitória-ES, Cep 29.050-620;

- BENEVIX – ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS: Av. Nossa Senhora dos Navegantes, 495, Sls. 702 a 704, Centro Empresarial Enseada, Bairro Enseada do Suá – Vitória - Estado do Espírito Santo, CEP 29.050-335.

Cláusula Nona – DA VIGÊNCIA

9.1 – O presente CONVÊNIO terá vigência, pelo prazo de **24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir da assinatura deste, podendo ser prorrogado por igual período mediante termo aditivo, firmados por escrito entre as partes, observado o interesse do **CRCES** e as disposições contidas no artigo 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93.

Cláusula Décima – DA RESCISÃO

10.1 – A rescisão deste Contrato poderá ocorrer desde que alguma das partes não mais pretendam participar, denunciando tal fato por escrito, com antecedência de 90 (noventa) dias, sem que seja devida qualquer parcela a título de indenização;

10.2 – As atividades que estiverem sendo desenvolvidas, inclusive as decorrentes de novas adesões de associados usuários e que tenham conclusão prevista para ocorrer em data posterior à data do período de vigência, não serão interrompidas, prosseguindo a sua execução até que sejam totalmente concluídas segundo condições pactuadas;

10.3 – As partes reconhecem que em caso de rescisão deste convênio, a fim de proteger os Beneficiários inscritos e de garantir a prestação de assistência médica e hospitalar de diagnóstico e terapia sem causar interrupção, os mesmos permanecerão com seus respectivos planos, podendo ser transferidos a outro grupo que possuam elegibilidade semelhante à sua, cabendo se for de sua vontade, ao Beneficiário Titular, requerer sua exclusão;

10.4 – Havendo pendências, as partes definirão, por meio "Termo de Encerramento", as responsabilidades relativas à conclusão ou extinção deste CONVÊNIO, respeitadas as atividades em curso;

10.5 – O presente instrumento poderá, ainda, ser rescindido por qualquer das partes, de pleno direito, mediante notificação, enviada à outra parte, nas seguintes situações:

VISTO

a) Ocorrência de falência, recuperação judicial ou liquidação extrajudicial da outra parte;

b) Violação pela outra parte de qualquer cláusula que implique a impossibilidade do cumprimento integral deste instrumento; e

c) Violação pela outra parte de qualquer cláusula que não implique a impossibilidade do cumprimento integral deste instrumento e que não tenha sido sanada no prazo de 30 (trinta) dias da comunicação escrita feita à parte inadimplente sobre tal inadimplemento.

Cláusula Décima Primeira – DOS BENEFÍCIOS OFERTADOS

11.1 – Os benefícios a serem ofertados pela **BENEVIX por ocasião do presente convênio** são os Contratos de:

a) Plano de Saúde de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo;

b) Plano Odontológico Coletivo;

c) Seguro de vida coletivo;

d) Qualquer outro novo produto disponibilizado por instrumento particular firmado entre as **OPERADORAS** e a **BENEVIX.** Ficam mantidos aqueles instrumentos que tem suas especificações nas condições comerciais.
Parágrafo único: No caso da alínea "d" da clausula acima, fica a BENEVIX responsável por comunicar à CONVENIADA sobre o novo produto ofertado, bem como suas especificações tais como **condições de preço, data base de reajuste, taxa de cadastro e documentos fornecidos a CONVENIADA,** através de correspondência eletrônica ou física.

Cláusula Décima Segunda – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 – Toda e qualquer modificação, alteração ou aditamento ao presente instrumento, inclusive os anexos do presente Termo de Convênio, somente será válido se feito através de termo aditivo;

12.2 – Qualquer disposição deste instrumento que seja considerada proibida, inválida ou inexequível em nenhuma hipótese invalidará ou afetará o mesmo como um todo ou as demais condições estabelecidas. Caso qualquer uma das cláusulas do presente convênio seja considerada proibida, inválida ou inexequível, as partes comprometem-se a negociar em boa-fé a substituição desta cláusula por uma cláusula que seja válida e eficaz;

12.3 – As partes declaram em caráter irrevogável e irretratável que conhecem a legislação aplicável ao presente instrumento;

12.4 – Fica estabelecido que qualquer evento que envolva ou afete qualquer das partes que possa prejudicar ou regular comprimento das obrigações assumidas por tal parte no presente instrumento, deverá ser imediatamente comunicado por esta à outra parte;

12.5 – O presente instrumento constitui único e integral acordo entre as Partes com relação a seu objeto, substituindo todos os outros documentos, cartas, memorandos ou propostas entre as Partes, bem como os entendimentos orais mantidos entre as mesmas, anteriores a presente data;

12.6 – Em decorrência deste instrumento, não se estabelecerá nenhum tipo de sociedade, associação, representação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária e/ou subsidiária entre as Partes;

VISTO

12.7 – O não exercício ou o atraso no exercício, por qualquer das Partes, de qualquer direito, recurso, poder ou privilégio dessa Parte segundo este convênio não operará como uma renúncia aos mesmos. O exercício isolado ou parcial de qualquer direito, recurso, poder ou privilégio segundo este convênio não impedirá qualquer outro exercício posterior dos mesmos ou o exercício de qualquer outro direito, recurso, poder ou privilégio;

Cláusula Décima Terceira – SIGILIO E CONFIDENCIALIDADE

13.1 As Partes obrigam-se, inclusive em nome de seus representantes, empregados e prepostos, ou mesmo terceiros que venha a utilizar, a manter o mais completo e absoluto sigilo sobre todas e quaisquer informações que tiver acesso em razão do quanto pactuado neste convênio, sejam escritas ou não, inclusive em relação a todos seus termos e condições, independentemente da necessidade de identificação de sua natureza como "informação confidencial".

Parágrafo Primeiro - A Parte Receptora compreende e aceita que as informações por ela e/ou por seus representantes, empregados e prepostos recebidas só não poderão ser consideradas informações confidenciais no caso de se provar que:

(a) estavam em domínio público antes do seu recebimento pela Parte Receptora ou por seus representantes, empregados e prepostos;

(b) caíram posteriormente em domínio público sem que tenha sido por violação de compromisso de sigilo da Parte Receptora ou seus representantes, empregados e prepostos; ou,

(c) estavam na posse da Parte Receptora ou de seus representantes, empregados e prepostos, sem estarem sob compromisso de confidencialidade com quaisquer terceiros, antes da data de assinatura do presente instrumento.

Parágrafo Segundo - Cada uma das partes concorda que somente poderá armazenar, copiar, divulgar, revelar, reproduzir, dar conhecimento a terceiros e/ou utilizar as informações confidenciais da outra parte mediante:

(a) ordem ou norma emitida por qualquer órgão judicial, legislativo ou executivo, do qual não caiba recurso, que determine a divulgação ou publicação das informações confidenciais, sendo certo que a Parte Receptora e os Representantes desta deverão informar a Parte Reveladora tão logo tenha(m) conhecimento da obrigação de revelar qualquer das Informações Confidenciais; ou,

(b) prévia e expressa autorização da outra parte.

Parágrafo Terceiro - Cada uma das partes declara que:

(a) A não observância de quaisquer das disposições de confidencialidade estabelecidas neste instrumento sujeitará a Parte infratora, como também o agente causador ou facilitador, por ação ou omissão de qualquer daqueles relacionados neste Termo, ao pagamento, ou recomposição, de todas as perdas e danos efetivamente sofridas pela outra Parte, inclusive as de ordem moral ou concorrencial, bem como as de responsabilidades civil e criminal respectivas, além da rescisão imediata do convênio, a critério da parte prejudicada.

(b) Reconhece e aceita que a obrigação de sigilo e confidencialidade estabelecida na presente Cláusula persistirá vinculando as Partes pelo período de 02 (dois) anos contados da data do término deste convênio, independente de motivo.

VISTO Benevix

Cláusula Décima Quarta – DO FORO

14.1 - As partes elegem o foro da Justiça Federal de Vitória para dirimir quaisquer conflitos resultantes do presente CONVÊNIO, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiada que seja.

E por estarem justos e acordados, aceitam as condições deste CONVÊNIO, assinado o presente em 02 (duas) vias de igual teor e na presença de duas testemunhas, abaixo arroladas.

Vitória – ES, 06 de junho de 2017.

BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
Flavio Nascimento Cossetti
Sócio Diretor

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO
Contador Haroldo Santos Filho
Presidente

Testemunhas:

1. _____
Nome: JOSE ELCIO SESTINI
CPF nº: 053.717.368-40

2. _____
Nome: Juciara Brito Camargo
CPF nº: 497.928.735-20

VISTO Benevix JURÍDICO

ANEXO I

DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 Prestação de serviços de assistência médica ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, a ser prestada às pessoas físicas vinculadas à pessoa jurídica contratante e seus dependentes, com cobertura consoante à área de abrangência do produto contrato, contemplando atendimentos disciplinados pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pela Resolução nº 10, de 3 de novembro de 1998 (alterada em 2001 pelas Resoluções nºs 67 e 81), pela resolução nº 167, de 9 de janeiro de 2008 (alterada pela Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010), pelas Resoluções nº.s 11 e 12, de 3 de novembro de 1998, pela Resolução nº 186, de 14 de janeiro de 2009, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas alterações, e orientações e especificações técnicas constantes neste aditivo.

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem vínculo com as seguintes pessoas jurídicas ligadas à CONTRATANTE:

a) Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

b) Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

c) Associações profissionais legalmente constituídas;

d) Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

e) Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições legais;

f) Entidades previstas na Lei nº 7.395/85 e na Lei nº 7.398/85.

VISTO Benevix JURÍDICO

2.2 Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

a) Cônjuge;

b) Filhos(as) até 24 anos;

c) Filhos e filhas, solteiros, inválidos com comprovação de dependência econômica;

d) O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;

e) O convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge;

f) Pai e a mãe, com dependência econômica, comprovada na forma da Legislação do Imposto de Renda ou Providência Social, em relação ao usuário titular;

g) Filhos (as) e netos (as) de qualquer idade, desde que solteiros.

2.3 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.4 O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

2.5 Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

VISTO JURÍDICO Benevix

INCLUSÕES E EXCLUSÕES

3.1 A inclusão do beneficiário far-se-á, mediante assinatura do Termo de Adesão do Beneficiário preenchido e assinado, além de toda a documentação comprobatória de vínculo do usuário titular com sua respectiva entidade e grau de parentesco dos dependentes/agregados em relação ao usuário titular

3.1.2 Os dependentes e agregados, indicados pelo beneficiário titular, serão incluídos no mesmo plano escolhido pelo beneficiário Titular.

3.1.3 A documentação relativa à adesão dos beneficiários ficará com a **CONTRATANTE**, sendo encaminhada à Operadora por sua solicitação.

3.2 É voluntária a inclusão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde.

3.3 Até o dia 15 (quinze) de cada mês, a **CONTRATANTE** receberá e validará o termo de adesão do beneficiário preenchido e assinado, além de toda documentação comprobatória de vínculo do usuário titular com sua respectiva entidade e grau de parentesco dos dependentes/agregados em relação ao usuário titular para movimentações cadastrais vigentes a partir do dia 01 do mês seguinte.

3.3.1 No momento da inclusão serão exigidos o Termo de Adesão e a Declaração de saúde do beneficiário.

3.4 Para fins de atendimento, a **CONTRATADA** expedirá cartão de identificação aos Usuários, contendo as informações sobre o tipo de acomodação, carências, e outros dados necessários para facilitar o atendimento.

3.5 Os serviços especializados e internações serão prestados, mediante autorização prévia da **CONTRATADA,** somente aos Usuários inscritos, desde que portadores da carteira de identificação e R.G.

3.6 O usuário que perder a condição de dependente, **será automaticamente excluído do contrato,** obrigando-se a **CONTRATANTE** a recolher o seu cartão de identificação e devolvê-lo imediatamente à **CONTRATADA**.

3.7 As exclusões de usuários deverão ser comunicadas imediatamente.

VISTO

3.8 Ocorrendo a rescisão do contrato mantido pela **CONTRATANTE** com a Pessoa Jurídica Contratante/Entidade, esta e os respectivos beneficiários vinculados serão excluídos do atendimento previsto no contrato firmado pela **CONTRATANTE**.

3.9 Em caso de inadimplência por parte dos beneficiários junto à CONTRATANTE, a mesma enviará para a **CONTRATADA** a lista dos usuários para suspensão de atendimento ou cancelamento, sendo executado no prazo máximo de 24h.

3.10 Caso ocorra o pagamento do débito junto à **CONTRATANTE,** esta, imediatamente, solicitará à **CONTRATADA** o restabelecimento do atendimento do beneficiário, que será executado no prazo máximo de 24h.

3.11 Em caso de restabelecimento do plano por ordem judicial, independente de comunicação formal, a CONTRATANTE se responsabilizará pelo pagamento das mensalidades, da mesma forma anteriormente contratada.

DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.1 A exclusão do Beneficiário Titular implica na exclusão automática dos Beneficiários Dependentes e Agregados.

4.1.2 A exclusão também pode ocorrer:

a) pela perda da condição de dependência;
b) a pedido do Beneficiário Titular;
c) por fraude ou inadimplência do Beneficiário;
d) em caso de rescisão do Termo de Contrato.

4.1.3 A **CONTRATADA** ainda poderá excluir Beneficiários, independente da anuência das entidades ou da **CONTRATANTE**, em casos de fraude.

CARÊNCIA

5.1 Os prazos de carência serão contados a partir da data de assinatura da proposta de adesão, sendo assim especificados:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Emergência e Urgência / Acidente Pessoal	24 horas

VISTO Benevix

Consultas, Análises clínicas e RX simples	30 dias
Exames obstétricos/Radiológicos contrastado	60 dias
Procedimentos de Diagnose / Internações clínicas	120 dias
Internações psiquiátricas e dependência química, assim como hospital / dia psiquiátrico.	180 dias
Ressonância Nuclear Magnética, tratamento e Internações cirúrgicas	180 dias
Prótese e Órtese, cirurgia de obesidade mórbida e cirurgia refrativa oftalmológica.	180 dias
Cirurgia cardíaca, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica.	180 dias
Transplante de rim e córnea.	180 dias
Partos a termo.	300 dias
Cobertura Parcial Temporária	720 dias

5.2 Os serviços contratados serão prestados aos associados regularmente inscritos após o cumprimento das carências acima mencionadas.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

6.1 O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

6.2 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

6.3 Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

6.4 O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à COAME (Auditoria Médica Unimed Vitória) da CONTRATADA, sem qualquer ônus para o mesmo.

VISTO

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

6.6 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou 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.

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

6.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

6.9 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

6.10 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

6.11 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

6.12 É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

6.13 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei n° 9.656/1998.

VISTO Benevix

6.14 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

6.15 Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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

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

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

6.19 Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

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

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

7.1 A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

7.1.1 Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do presente contrato;

b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;

VISTO Benevix

c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

7.1.2 Perda da qualidade de beneficiário dependente:

a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;

b) a pedido do beneficiário titular;

c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

7.1.3 A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;

b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

8.1 A CONTRATADA assegurará, aos usuários inscritos, os serviços médicos, hospitalares, e auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, obedecida à segmentação contratada neste produto, conforme especificado abaixo:

I. Consultas médicas: em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

8.1.1 Estão cobertos na segmentação assistencial os procedimentos considerados especiais abaixo relacionados:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia ambulatorial;

c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);

d) hemoterapia (transfusão sanguínea) ambulatorial;

VISTO Benevix JURÍDICO

e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

8.1.2 No tratamento de transtornos psiquiátricos:

I - atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

II - psicoterapia de crise realizada por profissional da área da saúde mental, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas com início imediatamente após o atendimento de emergência, com duração máxima de doze semanas.

III - Tratamento básico, prestado por médico com número ilimitado de consultas, coberturas de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitado pelo médico assistente.

8.2 O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei nº. 9.656/98:

I - Cobertura para atendimentos hospitalares definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS RN 211/10 e suas atualizações.

II - Procedimentos odontológicos e buco-maxilo-facial, quando necessário sua realização em ambiente hospitalar, desde que esse atendimento hospitalar seja por imperativo clínico.

III - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia conforme prescrição do médico assistente;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia conforme prescrição do médico assistente;

d) transfusão sanguínea (hemoterapia);

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

i) fisioterapia;

j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim, córnea e medula óssea autólogo, exceto medicação de manutenção.

IV - Diárias de internação hospitalar, desde que justificada pelo médico assistente a necessidade de internação.

V - Cobertura de internações em hospitais, vedados a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo CFM (Conselho Federal de Medicina).

VI - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar credenciado, a critério do médico assistente, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.

VII - Cobertura de despesas referentes a honorários de médicos cooperados, serviços contratados ou credenciados.

VIII - Serviços gerais de enfermagem, EXCETO EM CARÁTER PARTICULAR E DOMICILIAR.

IX - Alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

X - Cobertura de exames complementares, indispensáveis para elucidação diagnóstica, e para o controle da evolução da doença.

XI - Fornecimento de medicamentos e materiais nacionais ou importados nacionalizados, anestésicos e gases medicinais, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

VISTO JURÍDICO

XII - Cobertura de um acompanhante para usuários menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir dos 60 (sessenta) anos, e portadores de necessidades especiais conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada pelo usuário, com exceção de internação em UTI ou similar, quando cessa o direito a acomodação e alimentação do acompanhante;

XIII - Tratamento de usuários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo, e que necessitarem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

XIV - Estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

XV - As internações psiquiátricas estão sujeitas à coparticipação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, de acordo com o previsto no normativo vigente pela ANS à época da contratação, nos seguintes termos:

a) de um a trinta dias, não há coparticipação;

b) de trinta e um a sessenta dias, coparticipação de 50% (cinquenta por cento); e

c) acima de sessenta dias, coparticipação de 90% (noventa por cento).

XVI - Além da internação definida no item anterior, o usuário com transtorno psiquiátrico poderá dispor de oito semanas anuais (não cumulativas) de tratamento em regime de hospital-dia.

XVII - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10 (dez), Classificação Estatística Internacional de Doenças, a cobertura descrita no item anterior poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano, não cumulativa.

XVIII - Internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização.

XIX - As internações por dependência química estão sujeitas à coparticipação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, de acordo com o previsto no normativo vigente pela ANS à época da contratação, nos seguintes termos:

VISTO BENEVIX

a) de um a quinze dias, não há coparticipação;

b) de dezesseis a trinta dias, coparticipação de 50% (cinquenta por cento);

c) de trinta e um a quarenta e cinco dias, coparticipação de 90% (noventa por cento).

d) acima de quarenta e cinco dias, coparticipação de 90% (noventa por cento).

XX - Medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos primeiros quinze dias de internação, não terão coparticipação.

XXI - Os transplantes de rim, córnea e medula óssea autólogo são cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos, durante o período de internação para realização do transplante;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, EXCETO MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XXII - Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

XXIII - Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado nesta cláusula não será coberto pela CONTRATADA.

XXIV- Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando declarado pelo médico assistente não ser estética.

XXV - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama será coberta, utilizando-se todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

VISTO

8.3 O segmento hospitalar com obstetrícia compreende:

8.3.1 Toda a cobertura definida no segmento hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, e da assistência ao parto, definidos e listados no ROL PROCEDIMENTOS RN 211/10 da ANS e suas atualizações.

8.3.2 A CONTRATADA garantirá cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular ou dependente durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, não podendo alegar doença e lesão preexistente, aplicar cobertura parcial temporária.

EXCLUSÕES DA COBERTURA

9.1 EXCLUSÕES EM TODOS OS SEGMENTOS

9.1.1 DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICO NÃO COOPERADO, OU POR HOSPITAIS E SERVIÇOS NÃO PERTENCENTES À REDE CREDENCIADA AUTORIZADA PARA ESTE CONTRATO, EXCETO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

9.1.2 ESTÃO EXCLUÍDOS DE COBERTURA OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM HOSPITAIS NÃO CREDENCIADOS E TAMBÉM OS REALIZADOS EM HOSPITAIS QUE, MESMO SE CREDENCIADOS POR OUTRAS COOPERATIVAS DO SISTEMA NACIONAL UNIMED, NÃO SEJAM COBERTOS POR ESTE CONTRATO.

9.1.3 PROCEDIMENTOS NÃO CONSTANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO OCORRIDO.

9.1.4 MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE, OU NÃO REALIZADOS NO AMBIENTE AMBULATORIAL OU HOSPITALAR.

9.1.5 ATENDIMENTO NOS CASOS CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE.

9.1.6 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS, EQUIPAMENTOS OU MATERIAIS DE USO DOMICILIAR, INCLUSIVE QUIMIOTERÁPICOS.

VISTO Benevix JURÍDICO

9.1.7 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS (INCLUSIVE QUIMIOTERÁPICOS), EQUIPAMENTOS E MATERIAIS, QUE NÃO SEJAM UTILIZADOS DURANTE INTERNAÇÕES OU DURANTE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, OU AINDA, QUE NÃO NECESSITEM DE SUPERVISÃO MÉDICA.

9.1.8 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS OU NÃO RECONHECIDOS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA (ANVISA).

9.1.9 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, PRÉ OU PÓS OPERATÓRIOS, INCLUSIVE OS RELACIONADOS A DOADOR, RELATIVOS A TRANSPLANTES, EXCETO OS COBERTOS PELO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS VIGENTE NA ÉPOCA DO ATENDIMENTO.

9.1.10 PARA OS FINS DESTE CONTRATO TAMBÉM SÃO CONSIDERADOS TRANSPLANTES, E, PORTANTO, NÃO SERÃO COBERTOS PELO CONTRATO, O TRANSPLANTE DE MEDULA ALOGÊNICO APARENTADO, E O TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO NÃO APARENTADO AUTÓCTONE, TENDO COBERTURA PARA TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO DE ACORDO COM A RN 211/10.

9.1.11 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM.

9.1.12 TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, OU GANHO DE PESO, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIA HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

9.1.13 TRATAMENTOS EM SPA'S, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS.

9.1.14 FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E EQUIPAMENTOS DE QUALQUER NATUREZA, NÃO LIGADAS AO ATO CIRÚRGICO.

9.1.15 ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR.

9.1.16 CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA.

VISTO Benevix JURÍDICO

9.1.17 PROCEDIMENTOS, TRATAMENTOS E EXAMES REALIZADOS NO EXTERIOR, AINDA QUE A COLETA DO MATERIAL SEJA FEITA NO BRASIL.

9.1.18 QUALQUER ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO, EXCETO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS BUCO-MAXILARES EM AMBIENTE HOSPITALAR, PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS RN 211/10 DA ANS E SUAS ATUALIZAÇÕES.

9.1.19 TRATAMENTOS CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, E TRATAMENTOS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS.

9.1.20 TRATAMENTOS E CIRURGIAS PARA INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL.

9.1.21 CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS.

9.1.22 NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR, MINERALOGRAMA DO CABELO, CONSULTAS E EXAMES PARA PISCINA OU GINÁSTICA, ATESTADOS MÉDICOS EM GERAL, E EXAMES DE DNA (INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE).

9.1.23 ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR.

9.1.24 CIRURGIA REFRATIVA DE MIOPIA COM GRAU INFERIOR A CINCO E HIPERMETROPIA COM GRAU SUPERIOR A SEIS.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1 É obrigatório por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

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

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

VISTO Benevix

10.2 A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

10.3 A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

10.4 Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

REMOÇÃO PRIVADA E DA REMOÇÃO PARA O SUS

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

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

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

11.2 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

11.3 Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

11.4 A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

11.5 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

REEMBOLSO

12.1 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

12.2 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;

b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;

d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1 Para ter acesso a qualquer atendimento, o usuário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação válido e um documento de identidade.

13.2 Os serviços de diagnóstico, tratamento e procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não participantes à rede própria ou contratualizada da CONTRATADA referenciados, cooperados e credenciados.

13.3 Todos os procedimentos exigem autorização prévia, sendo necessário que os usuários compareçam à Loja de Atendimento da UNIMED munidos do Cartão de Identificação e solicitação médica, onde seu pedido será submetido à auditoria médica, que terá o prazo de até três dias úteis para emissão da resposta, contado a partir da data de solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

13.4 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

13.5 Fica garantido, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, nos termos da Resolução nº. 08 do CONSU.

13.6 REDE DE PRESTADORES REFERENCIADOS: A relação de médicos cooperados e prestadores credenciados e contratados consta do Guia de Atendimento Unimed Vitória entregue ao CONTRATANTE no ato da contratação, periodicamente atualizado, estando ainda à disposição dos usuários nas Lojas de Atendimento da CONTRATADA e, na Internet, no site www.unimedvitoria.com.br.

13.7 A relação de hospitais credenciados poderá ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA em caso de redimensionamento, por redução da rede hospitalar, mediante autorização prévia da ANS, sendo que a exclusão de prestadores será devidamente informada ao usuário, por meio de correspondência normal, nos termos do art. 17 da Lei 9.656/98, ou substituição da rede seguindo as regras abaixo:

I - A Unimed poderá substituir um prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos usuários e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvada desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II - Ocorrendo substituição do prestador conforme item anterior por vontade da Unimed, durante período de internação do usuário, será garantido à manutenção da internação até a alta hospitalar a critério do médico assistente, na forma contratual;

III - Nos casos de substituição do prestador hospitalar previsto no item anterior por infração às normas sanitárias em vigor, a Unimed arcará com a responsabilidade pela transferência imediata do usuário para outro prestador hospitalar equivalente, garantindo a continuidade da assistência sem ônus adicional para o usuário.

PLANOS, PREÇOS, CONDIÇOES DE PAGAMENTO E REAJUSTE.

14.1 Serão estipulados pela **CONTRATANTE** os planos da **CONTRATADA**, a seguir descritos, os quais serão ofertados aos beneficiários da **entidade**:

I - Participativo Nacional Coletivo por Adesão Enfermaria, com as seguintes características:

a) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
b) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
c) **Área geográfica de abrangência do Plano:** Nacional;
d) **Área de atuação:** Todos os Estados da Federação;
e) **Padrão de acomodação em internação:** Coletiva;
f) **Formação do preço:** Pré-Estabelecido;
g) **Nº ANS:** 462.577/10-3;
h) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em janeiro/2018**

PARTICIPATIVO NACIONAL										
ENFERMARIA (ANS: 462.577/10-3)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$129,03	R$144,50	R$166,17	R$182,82	R$215,74	R$248,07	R$322,48	R$419,26	R$561,80	R$769,65

II - Participativo Nacional Coletivo Por Adesão Quarto Privativo, com as seguintes características:

a) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
b) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
c) **Área geográfica de abrangência do Plano:** Nacional;

d) **Área de atuação:** Todos os Estados da Federação;
e) **Padrão de acomodação em internação:** Individual;
f) **Formação do preço:** Pré-Estabelecido;
g) **Nº ANS:** 462.576/10-5.
h) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em janeiro/2018**

PARTICIPATIVO NACIONAL										
APARTAMENTO (ANS: 462.576/10-5)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$187,14	R$209,55	R$241,00	R$265,12	R$312,84	R$359,75	R$467,68	R$607,99	R$814,70	R$1.116,13

III - Unimed Fácil - Perfil Adesão Fatura, com as seguintes características:

a) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
b) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
c) **Área geográfica de abrangência do plano:** Grupo de Municípios;
d) **Área de atuação:** Anchieta-ES, Cariacica-ES, Domingos Martins-ES, Guarapari-ES, Marechal Floriano-ES, Serra-ES, Viana-ES, Vila Velha-ES e Vitória-ES.;
e) **Padrão de acomodação em internação:** Coletiva;
f) **Formação do preço:** Pré-estabelecido;
g) **Nº ANS:** 473.427/15-1
h) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em agosto/2018**

FÁCIL PERFIL										
ENFERMARIA (ANS: 473.427/15-1)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$158,61	R$177,65	R$204,29	R$224,72	R$265,17	R$304,95	R$396,41	R$515,36	R$690,58	R$946,09

VISTO Benevix

IV - Unimed Fácil - Perfil Adesão Fatura, com as seguintes características:

i) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
j) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
k) **Área geográfica de abrangência do plano:** Grupo de Municípios;
l) **Área de atuação:** Anchieta-ES, Cariacica-ES, Domingos Martins-ES, Guarapari-ES, Marechal Floriano-ES, Serra-ES, Viana-ES, Vila Velha-ES e Vitória-ES.;
m) **Padrão de acomodação em internação:** Apartamento;
n) **Formação do preço:** Pré-estabelecido;
o) **Nº ANS:** 473.428/15-9.
p) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em agosto/2018**

FÁCIL PERFIL										
APARTAMENTO (ANS: 473.428/15-9)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$190,34	R$213,18	R$245,14	R$269,67	R$318,20	R$365,94	R$475,71	R$618,43	R$828,70	R$1.135,30

V - Participativo Estadual Adesão Enfermaria, com as seguintes características:

a) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
b) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
c) **Área geográfica de abrangência do plano:** Estadual;
d) **Área de atuação:** Espírito Santo;
e) **Padrão de acomodação em internação:** Coletiva;
f) **Formação do preço:** Pré-estabelecido;
g) **Nº ANS:** 458.015/08-0.
h) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em janeiro/2018**

VISTO Benevix

PARTICIPATIVO ESTADUAL										
ENFERMARIA (ANS: 458.015/08-0)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$123,01	R$137,82	R$158,48	R$174,31	R$205,69	R$236,58	R$307,54	R$399,81	R$535,72	R$733,90

VI - Participativo Estadual Adesão Apartamento Fatura, com as seguintes características:

a) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
b) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
c) **Área geográfica de abrangência do Plano:** Estadual;
d) **Área de atuação:** Espírito Santo;
e) **Padrão de acomodação em internação:** Individual;
f) **Formação do preço:** Pré-Estabelecido;
g) **Nº ANS:** 458.021/08-4.
h) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em janeiro/2018**

PARTICIPATIVO ESTADUAL										
APARTAMENTO (ANS: 458.021/08-4)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$168,62	R$188,88	R$217,18	R$238,92	R$281,91	R$324,20	R$421,49	R$547,94	R$734,26	R$1.005,88

VII - Vitoriamed Coletivo por Adesão Referência, com as seguintes características:

a) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
b) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Referência;
c) **Área geográfica de abrangência do Plano:** Nacional;
d) **Área de atuação:** Todos os Estados da Federação;
e) **Padrão de acomodação em internação:** Coletiva;
f) **Formação do preço:** Pré-Estabelecido;
g) **Nº ANS:** 462.347/10-9.
h) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em agosto/2018**

VISTO Benevix Jurídico

VITORIAMED										
ENFERMARIA (ANS: 462.347/10-9)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$364,38	R$408,11	R$469,35	R$516,28	R$609,20	R$700,60	R$910,76	R$1.183,97	R$1.586,52	R$2.173,53

VIII - Vitoriamed Coletivo por Adesão Quarto Privativo, com as seguintes características:

a) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
b) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
c) **Área geográfica de abrangência do Plano:** Nacional;
d) **Área de atuação:** Todos os Estados da Federação;
e) **Padrão de acomodação em internação:** Individual;
f) **Formação do preço:** Pré-Estabelecido;
g) **Nº ANS:** 462.578/10-1.
h) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em agosto/2018**

VITORIAMED										
APARTAMENTO (ANS: 462.578/10-1)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$437,29	R$489,71	R$563,21	R$619,52	R$731,02	R$840,69	R$1.092,87	R$1.420,77	R$1.903,82	R$2.608,24

IX - Unimed Personal - Perfil Adesão Fatura, com as seguintes características:

i) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
j) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
k) **Área geográfica de abrangência do plano:** Grupo de Municípios;
l) **Área de atuação:** , Serra-ES, Viana-ES, Vila Velha-ES, Guarapari-ES e Vitória-ES.;
m) **Padrão de acomodação em internação:** Coletiva;
n) **Formação do preço:** Pré-estabelecido;
o) **Nº ANS:** 473.098/15-4.
p) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em janeiro/2018**

VISTO JURÍDICO

UNIMED PERSONAL										
ENFERMARIA (ANS: 473.098/15-4)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$177,96	R$199,34	R$229,23	R$252,15	R$297,53	R$342,17	R$444,81	R$578,27	R$774,87	R$1.061,61

X - Unimed Personal - Perfil Adesão Fatura, com as seguintes características:

q) **Tipo de contratação:** Coletivo por adesão;
r) **Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
s) **Área geográfica de abrangência do plano:** Grupo de Municípios;
t) **Área de atuação:**, Guarapari-ES, , Serra-ES, Viana-ES, Vila Velha-ES e Vitória-ES.;
u) **Padrão de acomodação em internação:** Apartamento;
v) **Formação do preço:** Pré-estabelecido;
w) **Nº ANS:** 473.097/15-6.
x) **Tabela de Preço: Próximo reajuste em Janeiro/2018**

UNIMED PERSONAL										
APARTAMENTO (ANS: 473.097/15-6)										
Faixa Etária	00 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	Acima 59
Preços	R$213,55	R$239,18	R$275,07	R$302,57	R$357,03	R$410,60	R$533,76	R$693,90	R$929,82	R$1.273,86

14.2 As mensalidades serão pagas à **CONTRATADA**, consoante à cláusula sexta do Contrato para a Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares firmado entre as partes.

14.3 Todos os preços a serem cotados pela CONTRATADA deverão ser fixados em moeda corrente do País e serão reajustados consoantes aos itens de 6.11 a 6.16 da cláusula sexta do Contrato para a Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares firmado entre as partes.

VISTO JURÍDICO

COPARTICIPAÇÃO

14.4 Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da coparticipação, se for o caso, de acordo com o plano contrato, entendida como parte efetivamente paga pelo usuário à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente à realização de procedimentos ambulatoriais.

14.6 Os valores a título de coparticipação serão cobrados em fatura específica e serão estipulados no ato da contratação entre a Contratada e Contratante, de acordo com o normativo da ANS vigente à época.

REGRAS DE COPARTICIPAÇÃO

VALORES DE PARTICIPAÇÃO				
GRUPO DE PARTICIPAÇÃO	FÁCIL PERFIL	PARTICIPATIVO ESTADUAL	PARTICIPATIVO NACIONAL	PERSONAL
Consulta Eletiva	R$ 35,00	R$ 40,00	R$ 35,00	-
Consulta P.S	R$ 55,00	R$ 60,00	R$ 55,00	R$ 55,00
Grupo 1	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	-
Grupo 2	R$ 2,50	R$ 2,50	R$ 2,50	-
Grupo 3	R$ 5,00	R$ 5,00	R$ 5,00	-
Grupo 4	R$ 10,00	R$ 10,00	R$ 10,00	-
Grupo 5	R$ 25,00	R$ 25,00	R$ 25,00	-
Grupo 6	R$ 55,00	R$ 55,00	R$ 55,00	-
Teto Limite de Coparticipação Mês/Beneficiário	R$ 250,00	R$ 400,00	R$ 250,00	-

14.7 Os valores serão reajustados anualmente conforme acordo entre as partes.

RESCISÃO

15.1 O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

15.1.1 Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

15.1.2 Por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;

VISTO Benevix JURÍDICO

15.1.3 Por inadimplemento contratual por parte da Contratada;

15.1.4 Se não for mantido o número mínimo de usuários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

15.1.5 O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.1.6 Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento, não sendo devido o reembolso.

15.1.7 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

15.1.8 Na comercialização dos Planos de Saúde da UNIMED, deverá observar a área de atuação da Unimed Vitória, ou seja, as vendas somente serão realizadas para pessoa jurídica que tenha domicílio no perímetro físico de abrangência dos **Municípios de Anchieta/ES, Cariacica/ES, Domingos Martins/ES, Guarapari/ES, Marechal Floriano/ES, Serra/ES, Viana/ES, Vila Velha/ES e Vitória/ES, observadas as regras do Manual de Intercâmbio Nacional das Unimed's.**

Vitória-ES, 06 de junho de 2017.

BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
Flavio Nascimento Cossetti
Sócio Diretor

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO
Contador Haroldo Santos Filho
Presidente

Testemunhas:

Nome: JOSÉ ELCIO SESTINI
CPF: 053.717.368-40

Nome: Luciana Brito Camargo
CPF: 497.928.735-20

VISTO JURÍDICO

ANEXO II

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

O objeto do contrato é a prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos assistenciais odontológicos na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, garantindo a cobertura do Rol de Procedimentos Odontológicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID - 10 - Código Internacional de Doenças no que se refere à saúde bucal, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, conforme dispõe o inciso I do artigo 1º da Lei 9656/98.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

A Benevix Administradora de Benefícios Ltda atende aos requisitos de atuar como Administradora e estipulante do contrato.

II - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas a saúde bucal, incluindo:

PLANO ESSENCIAL ANS: 465.928/11-7	PLANO ESSENCIAL PLUS ANS: 469.840/13-1	PLANO ESSENCIAL PLUS DOC ANS: 469.831/13-2	PLANO PLENO ANS: 470.865/14-2
ROL ANS*	ROL ANS* + ROL AMPLIADO	ROL ANS* + ROL AMPLIADO + DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	ROL ANS* + ROL AMPLIADO + COMPLEMENTARES DE PRÓTESE
Clínica Geral	Clínica Geral	Clínica Geral	Clínica Geral
Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
Prevenção	Prevenção	Prevenção	Prevenção
Radiologia	Radiologia	Radiologia	Radiologia
Urgências	Urgências	Urgências	Urgências
Reparos	Reparos	Reparos	Reparos
Odontopediatria	Odontopediatria	Odontopediatria	Odontopediatria
Endodontia	Endodontia	Endodontia	Endodontia
Periodontia	Periodontia	Periodontia	Periodontia
Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia
Prótese	Prótese	Prótese	Prótese
-	+ 20 PROCEDIMENTOS (ROL AMPLIADO)	+ [illegible] PROCEDIMENTOS (ROL AMPLIADO)	+ 20 PROCEDIMENTOS (ROL AMPLIADO)
-	-	+ DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA	+ COMPLEMENTARES DE PRÓTESE
R$ 18,01	R$ 18,89	R$ 19,80	R$ 20,77
DATA BASE REAJUSTE DE TODOS CONTRATOS: JANEIRO/2018.			

*Coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Odontológica editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento.

VISTO Benevix

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura deste plano os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, bem como:

a) Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos;

b) As despesas com medicamentos importados não nacionalizados e/ou prescritos para uso domiciliar;

c) As despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação por imperativo clínico;

d) As despesas com internação hospitalar, honorários médicos ou de anestesistas ou qualquer outro tipo de despesas decorrente de plano de assistência a saúde, diferente do plano odontológico;

e) A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais;

f) Transporte do paciente;

g) Os tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e

h) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Urgência e Emergência	24h
Diagnóstico	24h
Extração Simples / Curativo	24h
Prevenção em Saúde Bucal	60 dias
Radiologia	60 dias
Dentística	60 dias
Cirurgia	60 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	90 dias
Próteses	180 dias
Demais Procedimentos	180 dias

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante.

VISTO Benevix JURÍDICO

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

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

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

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 30 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o vigésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

REAJUSTE ODONTOLÓGICO

A data base do contrato é o mês de janeiro.

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice INPC-IBGE. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

VISTO Benevix JURÍDICO

2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 55% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

R = S/SM – 1

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

SM - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

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

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

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

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

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

7. O s reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

Vitória-ES, 06 de junho de 2017.

BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESPÍRITO SANTO - CRCES

Testemunhas:

Nome: JOSÉ ELCIO SESTINI
CPF: 053.717.368-40

Nome: Luciana Brito Camargo
CPF: 497.928.735-20

VISTO