



**CONVÊNIO PARA A ESTIPULAÇÃO DE CONDIÇÕES GERAIS PARA A
CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU
ODONTOLÓGICA, MEDIANTE MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO COLETIVA
EMPRESARIAL**

DADOS GERAIS DO CONVÊNIO:

a. Razão Social da empresa CONTRATANTE: SINDICATO DAS EMPRESAS DE TRANSPORTE	
b. CNPJ nº: 09.244.401/0001-61	
c. Endereço: RUA IRINEU JOFILLY Nº227	
d. Bairro: CENTRO	
e. Cidade e UF: CAMPINA GRANDE - PB	f. CEP: 58.400-270
g. Nome do representante legal: AGNELO CANDIDO DO NASCIMENTO	
h. CPF: 076.313.674-34	
i. Forma de custeio do plano pela Contratante: ☐ Integral (empresa arca com 100% dos valores das contraprestações de seus beneficiários) ☒ Parcial (empresa arca com parte dos valores das contraprestações de seus beneficiários) ☐ Sem custeio (empresa não arca com as contraprestações de seus beneficiários)	
j. Início de vigência do convênio em 05 / 02 / 2017	
k. Número mínimo de 30 beneficiários inscritos em planos de cobertura médico-hospitalar.	
l. Data de vencimento da fatura: dia 05 .	
m. Email: ALEXQCRUZ@HOTMAIL.COM	

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DAS PARTES**

1.1 – O presente Instrumento tem como integrantes, de um lado, a empresa HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., pessoa jurídica de Direito Privado, prestadora de serviços de assistência médica, estabelecida na Av. Heráclito Graça, nº 406, Centro, Fortaleza/CE, inscrita no CNPJ sob o nº 63.554.067/0001-98, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, com o nº 36.825-3, por seu Representante abaixo assinado, doravante designada no presente instrumento simplesmente de CONTRATADA, e, do outro, a pessoa jurídica de Direito Privado, qualificada acima, pelo seu representante ao final subscrito, neste ato designada apenas de CONTRATANTE.

CLÁUSULA SEGUNDA



DO OBJETO

2.1 – Constitui objeto deste Instrumento a estipulação de condições gerais para a contratação de serviços de prestação continuada ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano de privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à Assistência Médica Hospitalar e/ou Odontológica (de acordo com as características dos produtos optados) com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, através de várias opções de contratação, todas na forma COLETIVA EMPRESARIAL.

2.1.1 – Entende-se por contratação COLETIVA EMPRESARIAL aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação Empregatícia ou Estatutária.

2.2 – Os serviços serão prestados de acordo com a opção de contratação feita pelo interessado ao CONTRATANTE vinculado.

CLÁUSULA TERCEIRA DO TIPO DE PLANO

3.1 – Os planos serão escolhidos de acordo com o interesse do futuro beneficiário, dentre as opções disponibilizadas à CONTRATANTE.

3.2 – As características de cada plano seguirão regras próprias, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as quais não poderão sofrer alterações por livre disposição das partes, em estrita conformidade com a legislação vigente à época do evento.

3.3 – Depois de aderido a algum plano, caso haja interesse do beneficiário em um produto com outras características, não poderá haver modificação nas disposições contratuais que caracterizam o produto contratado. Nesse caso, o beneficiário deverá optar por um novo produto, de acordo com os seus interesses, mediante nova contratação.

CLÁUSULA QUARTA DOS PRODUTOS

4.1 – Através de aditivo específico, serão disponibilizados à CONTRATANTE os produtos constantes nas tabelas de preços, para beneficiários ativos e inativos.

4.2 – Cada opção de contratação seguirá suas regras próprias, na forma do produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observando as regras vigentes à época do evento.

CLÁUSULA QUINTA DA ABRANGÊNCIA

5.1 – A cobertura de atendimento do produto escolhido abrangerá os Estados de Alagoas,



Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, tudo em conformidade com o que estiver registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA SEXTA DA ACOMODAÇÃO

6.1. – A acomodação será aquela constante no produto contratado.

CLÁUSULA SÉTIMA TIPO DE CONTRATAÇÃO

7.1. – Este Convênio apresenta o tipo de contratação COLETIVA EMPRESARIAL, nos termos da Resolução Normativa nº 195, de 14 de Julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

7.2. – A forma de custeio do plano pela Contratante está definida no item “i” dos DADOS GERAIS DO CONVÊNIO.

7.3 – No caso de custeio integral pela CONTRATANTE, não será considerada contribuição valores relacionados aos dependentes, agregados e a coparticipação do beneficiário na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

CLÁUSULA OITAVA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1 - São considerados beneficiários das coberturas do Plano de Assistência a Saúde, objeto deste Contrato, o Beneficiário Titular e o(s) Beneficiário(s) Dependente(s).

8.2 - É considerado BENEFICIÁRIO TITULAR:

8.2.1 – ATIVOS: Pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, devidamente inscritos no presente Contrato.

8.2.2 – INATIVOS: Aposentados ou Demitidos sem justa causa, que tenham contribuído no pagamento do plano, em conformidade com o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998 e na RN 279 da ANS.

8.3 - Será considerado Beneficiário Dependente aquele que for incluído pelo Beneficiário Titular, conforme definido no instrumento contratual específico, anexo a este Termo, cujo ingresso dependerá da participação do Beneficiário Titular no contrato.

8.4 – A contratação pelo interessado se dará mediante a escolha dentre uma das opções de produtos disponibilizados pela CONTRATADA à CONTRATANTE, mediante instrumento contratual próprio, podendo se dar também nos casos de constituição de vínculo familiar.

8.5 – A escolha por um produto dentre as opções ofertadas à CONTRATANTE implica total e



irrestrita concordância com as regras inerentes à contratação, que estão devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

8.6 – Fica assegurado à CONTRATADA o direito de exigir no ato da assinatura deste Contrato ou a qualquer tempo, da CONTRATANTE, a comprovação da relação funcional ou de dependência, aqui especificada, mediante documentos oficialmente instituídos.

8.7 – A CONTRATANTE deverá exigir dos beneficiários a apresentação de documentação válida.

CLÁUSULA NONA

DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS E ALTERAÇÕES CADASTRAIS

9.1 – As inclusões dos interessados ao plano ficará a cargo da CONTRATANTE, ficando sob sua responsabilidade, também, todas as informações e documentos necessários às adesões, comprovando a vinculação exigida para a efetivação da contratação.

9.2 – A CONTRATANTE, sempre que tiver interesse na inclusão de novos beneficiários, enviará à CONTRATADA, até o dia 10 (dez) do mês respectivo, a relação completa, bem como toda a documentação necessária para as inclusões, que ocorrerão a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Os mesmos prazos deverão ser obedecidos nas solicitações de alterações cadastrais dos beneficiários.

9.3 – As exclusões dos Beneficiários Titulares e Beneficiários Dependentes deverão ser comunicadas à CONTRATADA até o dia 10 (dez) do mês respectivo, sendo certo que a exclusão de tais Beneficiários do valor do faturamento mensal somente será efetuada a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da comunicação.

9.3.1 - Na falta de comunicação, em tempo oportuno, da inclusão ou exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, sendo os acertos eventuais realizados na fatura subsequente.

9.3.2 – O custeio do plano de Beneficiário Titular e de seus Dependentes, que deixou de pertencer aos quadros da CONTRATANTE, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à CONTRATADA, será de responsabilidade da CONTRATANTE.

9.4 – A CONTRATANTE, ao solicitar a exclusão de beneficiário(s) do plano privado de assistência à saúde, deverá informar à CONTRATADA:

I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

II – se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

III – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e

IV – se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se renunciou o seu direito de continuar na condição de beneficiário.

9.5 – Por determinação da RN 279 da ANS, a exclusão de beneficiários do plano privado de assistência à saúde somente será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no item anterior.



CLÁUSULA DÉCIMA

DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1 – Todas as coberturas e procedimentos garantidos serão os vigentes à época do evento, devidamente regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e descritos especificamente nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde, conforme constam no Anexo I.

10.2 - Nos termos do contrato firmado entre as partes, estão excluídas da cobertura contratada o serviço de enfermagem de caráter particular, em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários, consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência, e aluguel de equipamentos hospitalares e similares. Caso a CONTRATANTE tenha interesse em oferecer esses serviços a seus beneficiários, poderá solicitar à CONTRATADA uma proposta para fornecimento dos serviços, e custeio em fatura extra (custo operacional).

10.3 - Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

10.3.1 - Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1839/GM do Ministério da Saúde.

10.3.2 - Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

11.1 – Além de toda cobertura específica prevista no produto contratado (Anexo I), e de acordo com a legislação vigente à época do evento, ao Beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à Saúde Mental, correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

11.2 – O percentual de coparticipação elencado no produto contratado (Anexo I) será de 50% (cinquenta por cento), aplicado no tratamento dos transtornos psiquiátricos com utilização de estrutura hospitalar/internação.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA



12.1 – As regras concernentes às exclusões de cobertura de cada produto seguirão o que estiver disposto nas Minutas dos Contratos de Prestação de Assistência à Saúde, devidamente registradas na ANS, conforme constam no Anexo I.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DO PRAZO DE VIGÊNCIA

13.1 – Este Termo tem prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses, iniciando na data estipulada no item “j” dos DADOS GERAIS DO CONVÊNIO, sendo renovado automaticamente por prazo indeterminado, caso haja interesse das partes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

14.1 – A CONTRATANTE se compromete a manter, em virtude das condições garantidas pela CONTRATADA no presente instrumento contratual, durante o prazo de vigência deste, o número mínimo de beneficiários estipulado no item “k” dos DADOS GERAIS DO CONVÊNIO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DAS CARÊNCIAS

15.1 – Em conformidade com a Resolução Normativa nº 195, de 14 de Julho de 2009, poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência aos planos Coletivos Empresariais, com menos de 30 (trinta) participantes. Assim, o direito de atendimento do Beneficiário, poderá encontrar-se vinculado, a contar do seu ingresso ao plano, aos seguintes prazos de carência:

- a) 24 (vinte e quatro) horas: garantia de cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula de Urgência/ Emergência, em conformidade com a Consu 13/98;
- b) 30 (trinta) dias: para a cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e PAC), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECg);
- c) 60 (sessenta) dias: para procedimentos odontológicos (para planos que possuem cobertura odontológica);
- d) 90 (noventa) dias: Para a cobertura dos seguintes exames e procedimentos:
 - d.1 Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC);
 - d.2 Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina (exceto PAC);

- d.3 Exames de Otorrino simples como: Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); (exceto PAC);
- d.4 Exames de Raio-X Contrastado (exceto PAC);
- d.5 Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos ou PAC);
- d.6 Sessões multidisciplinares (como psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia e nutricionista e terapia ocupacional);
- d.7 Mamografia e Densitometria Óssea.
- e) 180 (cento e oitenta) dias: para a cobertura dos seguintes exames e procedimentos:
 - e.1 Internação Hospitalar clínica ou cirúrgica (exceto as relacionadas a patologias de CPT);
 - e.2 Cirurgias ambulatoriais (exceto as relacionadas a patologias de CPT);
 - e.3 Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia, Colonoscopia, Medicina Nuclear, Angiografia (cerebral central e/ou periférica), Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia, exceto as que forem relacionadas à cobertura parcial temporária, e todos os exames não mencionados nos itens anteriores.;
- f) 300 (trezentos) dias: para cobertura de partos a termo.

15.2 – Em conformidade com Resolução Normativa nº 195, de 14 de Julho de 2009, fica estabelecido que, em planos com mais de 30 (trinta) participantes, não será exigido o cumprimento de prazos de carência para os seguintes casos:

- a) inscrição do beneficiário dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da assinatura do presente Termo;
- b) inscrição do beneficiário dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da vinculação do Beneficiário à pessoa jurídica ADERENTE.

15.2.1 - Havendo a contratação de mais de um plano de assistência médica-hospitalar, poderá a CONTRATADA, por mera liberalidade, considerar o total de beneficiários inscritos nestes planos para a contagem de participantes estipulada no item 15.2.

15.3 – Quando o plano contratado pelo Beneficiário Titular incluir atendimento obstétrico, será assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, com aproveitamento do período de carência já cumprido pelo Beneficiário Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

15.4 – No caso de adesão fora dos prazos estabelecidos nos itens 15.2 e 15.3, haverá cumprimento integral dos períodos de carência mencionados no item 15.1.

15.4.1 – A CONTRATADA poderá, todavia, reduzir parcialmente os prazos de carência contidos no item 15.1, desde que a CONTRATANTE se obrigue a manter ativos, por um período mínimo de 12 (doze) meses, os beneficiários contemplados com a redução de carência.

15.4.1.1 – Caso ocorra o desligamento de algum beneficiário contemplado com a redução de carência, antes de expirado o prazo de 12 (doze) meses, a CONTRATANTE arcará com o valor correspondente à mensalidade do beneficiário excluído até o final daquele prazo, ressalvadas as hipóteses de demissão ou falecimento do beneficiário.



CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

16.1 - As regras concernentes às doenças e lesões preexistentes seguirão o que estiver sendo disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde, conforme constam no Anexo I.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

17.1 - O pagamento da primeira mensalidade, que poderá ser feito diretamente ao representante autorizado de vendas da CONTRATADA, somente será efetivado pela CONTRATANTE após a demonstração de que o contrato foi aprovado e implementado no sistema da CONTRATADA, com a respectiva comprovação de cadastro de seus beneficiários.

17.2 - O pagamento das contraprestações pecuniárias à CONTRATADA será de responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, independentemente do adimplemento de seus beneficiários.

17.3 - O valor da contraprestação pelos serviços prestados deverá ser pago conforme vencimento determinado.

17.4 - O regime de pagamento de cada produto será aquele constante na respectiva Minuta do Contrato de prestação de Assistência à Saúde, conforme constam no Anexo I.

17.5 - Em caso de inadimplência dos Beneficiários junto à CONTRATANTE, esta se responsabilizará integralmente pelo custeio das mensalidades, sendo vedado à CONTRATADA cobrar os valores diretamente dos Beneficiários.

17.6 - Se houver atraso no pagamento da mensalidade, o valor a ser pago pela CONTRATANTE será acrescido do percentual de juros de 1% (um por cento) ao mês e à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

17.7 - O valor da mensalidade devida pela CONTRATANTE será calculada com base no produto escolhido, levando-se em consideração o número de beneficiários participantes da contratação, de acordo com a Tabela citada na Cláusula Quarta do presente Termo.

17.8 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários ATIVOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, ressalvadas as condições de variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98.

17.9 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários INATIVOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados, ressalvadas as condições de variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98, tudo em conformidade com a RN 279//2011.

17.10 - O pagamento deverá ser efetuado pela CONTRATANTE na data estipulada no item "I" dos DADOS GERAIS DO CONVÊNIO.



CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DO REAJUSTE

- REGRAS PARA OS BENEFICIÁRIOS ATIVOS INSERIDOS NO AGRUPAMENTO

18.1 - Conforme disposto no art. 3º da RN 309 da ANS, é obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento, com exceção dos contratos para beneficiários INATIVOS.

18.1.1 - Os contratos inseridos no agrupamento que trata o item acima terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de início de sua vigência.

18.1.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 60% (sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

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

$$R = (S/Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos; e

Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

18.1.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e a metodologia do reajuste, bem como seu impacto, serão divulgados pela Contratada por meio de seu site na internet.

18.1.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 18.1.2 e 18.1.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 18.1.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

- REGRAS PARA OS BENEFICIÁRIOS ATIVOS NÃO INSERIDOS NO AGRUPAMENTO

18.2 - Os contratos não inseridos no agrupamento que trata o item acima, com exceção dos planos para beneficiários INATIVOS, terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados em conformidade com o previsto nos itens abaixo:

18.2.1 - Os contratos serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de sua assinatura.

18.2.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 70% (setenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

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

$$R = (S/S_m) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos; e

S_m - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

18.2.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e seu impacto será comunicado pela Contratada.

18.2.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 18.2.2 e 18.2.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 18.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

- REGRAS PARA OS BENEFICIÁRIOS INATIVOS:

18.3 - Os contratos dos beneficiários INATIVOS, assim considerados os aposentados ou demitidos sem justa causa, em conformidade com o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, e RN 279 da ANS, terão o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões reajustados em conformidade com o previsto nos itens abaixo:

18.3.1 - Os contratos serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGPM), apurada com base na variação dos últimos 12 (doze) meses, ou do último Índice de reajuste determinado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o que for maior dos dois. A medição será feita com antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de sua assinatura.



18.3.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos de beneficiários INATIVOS, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens abaixo.

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 60% (sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

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

$$R = (S/S_m) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos; e

S_m - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira.

18.3.3 - Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultado de alterações no risco assistencial provenientes do aumento do ROL de Procedimentos Obrigatórios publicado pela ANS, das alterações na legislação que incorram em aumento de custos, das alterações na rede de prestadores e das elevações de custos oriundos de decisões do judiciário, o contrato poderá ser reajustado, e seu impacto será comunicado pela Contratada.

18.3.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação dos reajustes previsto nos itens 18.3.2 e 18.3.3, os mesmos deverão ser procedidos de forma complementar ao especificado no item 18.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

18.4 - Os percentuais de reajustes aplicados aos contratos citados nos itens 18.1, 18.2 e 18.3 são independentes entre si.

18.5 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária. Caso a legislação venha a permitir reajustes em prazo inferior a 01 (um) ano, o reajuste financeiro será automaticamente aplicado ao presente Convênio, na menor periodicidade admitida.

18.6 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Instrumento, entendendo-se esta como data base única.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

19.1 - A cobertura para atendimento de Urgência e Emergência de cada produto referido na Cláusula Quarta deste Termo seguirá o que estiver sendo disposto nas Minutas dos Contratos de Prestação de Assistência à Saúde, conforme constam no Anexo I.

CLÁUSULA VIGÉSIMA DA REMOÇÃO E TRASLADOS

20.1 – As regras concernentes à remoção seguirão o que estiver sendo disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde, conforme constam no Anexo I, bem como na Resolução Normativa nº 259, de 17 de Junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS e posteriores alterações.

20.2 – As partes contratantes pactuam que, objetivando propiciar o melhor atendimento possível aos beneficiários da CONTRATANTE, bem como a melhor adequação dos custos assistenciais, fica facultado à CONTRATADA o traslado de pacientes para tratamentos médicos em outras localidades, pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, nas quais disponibilize estrutura própria ou credenciada apta a oferecer condições terapêuticas avançadas e seguras ao usuário, cabendo a CONTRATADA suportar integralmente as despesas advindas do transporte do paciente.

20.3 – A CONTRATANTE autoriza a realização pela CONTRATADA dos traslados ora descritos, e assume a obrigação de divulgar, por ocasião da assinatura desse contrato, tal previsão para todos os seus usuários, titulares e dependentes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA DAS FAIXAS ETÁRIAS E SUAS VARIAÇÕES

21.1 – As variações das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do Beneficiário (ATIVOS e INATIVOS), obedecerão os percentuais indicados nas Tabelas de Preços constante no Aditivo a esse Convênio, e serão distintas as tabelas de preços para beneficiários ATIVOS e INATIVOS.

21.2 – Havendo alteração da faixa etária de qualquer Beneficiário inscrito, o valor da contraprestação pecuniária correspondente àquele Beneficiário será reajustado no mês subsequente da ocorrência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA DA EXTENSÃO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

22.1 – A CONTRATANTE poderá estender as condições contratuais estabelecidas no presente Termo a outras empresas interessadas e a ela comprovadamente vinculadas, desde que haja concordância da CONTRATADA, através de Aditivo específico para este fim.

22.2 – Em função de tratar-se de uma contratação solidária pelo GRUPO CONTRATANTE, e certo que a desvinculação de uma das empresas relacionadas só poderá ocorrer mediante aditivo com anuência de todas as empresas co-contratantes, fica acertado que a exclusão da Empresa só poderá ocorrer mediante assinatura do aditivo denominado ADITIVO RETIRADA CO-CONTRATANTE.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA DO MECANISMOS DE REGULAÇÃO



23.1 – As disposições concernentes aos mecanismos de regulação dos produtos contratados seguirão o que estiver sendo disposto nas Minutas dos Contratos de prestação de Assistência à Saúde, conforme constam no Anexo I.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA **DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

24.1 – É de responsabilidade da CONTRATANTE informar aos seus beneficiários os direitos garantidos pelos artigos 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656/98, e regulamentados pela RN 279 da ANS, sempre que houver demissão sem justa causa ou aposentadoria do beneficiário.

24.2 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, que contribuía para o custeio do seu plano, poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador, formalizada no ato da rescisão contratual, e desde que assuma o pagamento integral do plano.

24.3 - A contagem do prazo previsto no item acima somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA **DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

25.1 – Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de Beneficiários, que se dará na forma da Cláusula Nona.

25.2 – A CONTRATADA poderá excluir ou suspender a prestação dos serviços, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do Beneficiário Titular com a CONTRATANTE, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03 de Junho de 1998;
- c) no caso dos Beneficiários Dependentes, a exclusão poderá se dar no momento em que atingirem a idade máxima estabelecida no Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA **DA SUSPENSÃO E DA RESCISÃO**

26.1 – O atendimento poderá ser suspenso após 5 (cinco) dias de atraso no pagamento da fatura, se mantendo dessa forma até quitação total do débito, sem prejuízo da execução imediata da cobrança.

26.2 – A partir do trigésimo dia de atraso, o Contrato poderá ser automaticamente rescindido pela CONTRATADA, de forma motivada, sem necessidade de envio de notificação prévia.

26.3 – Constituem, igualmente, motivo para rescisão motivada do Contrato por parte da CONTRATADA, caso sejam constatadas fraudes, omissões, inexatidões ou erros de dados e/ou



documentos apresentados pela CONTRATANTE; em caso de decretação de falência ou recuperação judicial dessa; ou caso não seja mantido pela CONTRATANTE o número mínimo de beneficiários previsto na cláusula 14.1.

26.4 – Qualquer das partes poderá rescindir o Contrato imotivadamente após o período inicial de vigência estipulado na Cláusula Décima Terceira, bastando notificar previamente a outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

26.5 – Nos casos em que a CONTRATANTE deseje cancelar o(s) produto(s) de assistência médica antes de completado o prazo de 12 (doze) meses de vigência do contrato, haverá cobrança de multa rescisória no valor equivalente a duas vezes a média das 3 (três) últimas faturas imediatamente anterior à solicitação de cancelamento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1 – Qualquer concessão praticada pela CONTRATADA no tocante às Cláusulas do presente negócio jurídico, será tida como mera liberalidade, não se constituindo em novação contratual, bem como não se caracterizando direito adquirido pela CONTRATANTE e/ou Beneficiários, permitindo àquela retornar ao que está pactuado neste contrato, sem necessidade de comunicação prévia.

27.2 – A tolerância ou demora da CONTRATADA em exigir do contratante o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

27.3 – A CONTRATANTE declara estar expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados neste Instrumento estão submetidos a regras específicas de acordo com o produto escolhido.

27.4 – A CONTRATANTE declara expressamente ciente que os serviços e coberturas disciplinados neste ato estão submetidos a exclusões, limitações de coberturas e abrangências, prazos, carências e regras que disciplinam o seu fornecimento, tais como as expostas nas cláusulas deste Instrumento, admite, outrossim, de que a CONTRATADA dispõe de outros planos de assistência à saúde, com coberturas mais amplas e preços diferenciados, que lhe foram oferecidos por esta última, ainda assim, reafirma seu interesse na contratação aqui estipulada, nas bases descritas no presente instrumento.

27.5 – Fazem parte do contrato todos os documentos entregues ao contratante, tais como: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde (quando houver), a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

27.6 – Este instrumento poderá ser composto de um ou mais “Aditivos” contratuais, nos quais constarão informações adicionais, bem como especificações e particularidades dos serviços a serem prestados.

Para esclarecimentos, sugestões e reclamações, sendo que neste caso é imperativo que seja identificado de forma clara o local, a hora e a data da ocorrência, quanto aos planos contratados, os



Beneficiários deverão fazê-los através do SAC- Serviço de Atendimento ao Cliente. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

As partes elegem o Foro da Comarca em que está estabelecida a CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

E, assim, por estarem concordes nos termos acima, as partes contratantes firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, juntamente e, assinada por duas testemunhas.

CAMPINA GRANDE - PB

Local

, 20 / 01 / 2017

Data

CONTRATANTE

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
CONTRATADA

09.244.401/0001-61
Sindicato das Empresas de Transportes
de Passageiros de Campina Grande
Rua Irineu Joffily, 227
Centro - CEP 58400-270
CAMPINA GRANDE - PB

Testemunhas:

1) _____

NOME:

CPF.:

2) _____

NOME:

CPF.:

09.244.401/0001-61
Sindicato das Empresas de Transportes
de Passageiros de Campina Grande
Rua Irineu Joffily, 227
Centro - CEP 58400-270
CAMPINA GRANDE - PB

ANEXO I

(Minutas contratuais)