Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

ESTADO DE GOIÁS
ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS - O V G

Contrato CPS nº 031/2025 /OVG

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM A **ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS (OVG)** E **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, NA FORMA ABAIXO:

A ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS (OVG), pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos e de caráter beneficente, sediada na Rua T-14, n.º 249, Setor Bueno, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.106.664/0001-65, representada por sua Diretora Geral **Adryanna Leonor Melo de Oliveira Caiado**, brasileira, casada, economista, portadora do RG n.º xx432xx – SPTC/GO, inscrita no CPF n.º xxx.229.441-xx e por seu Diretor Administrativo e Financeiro **Jarmund Nasser Júnior**, brasileiro, casado, engenheiro civil, RG n.º x344.xxx, SSP/GO, inscrito no CPF n.º xxx.883.471-xx, ambos residentes e domiciliados nesta Capital, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE** e de outro lado UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.476.067/0001-22, com sede na Praça Gilson Alves de Souza, n.º 650, (T-7 esq. c/T-1), Setor Bueno, CEP: 74210-250, Goiânia-GO, neste ato representada pelo Diretor Presidente **Dr. Lueiz Amorim Canedo**, CRM/GO n.º 5167, brasileiro, médico, casado em união estável e pelo Diretor de Mercado **Dr. Frederico Moraes Xavier**, CRM/GO n.º 11524, brasileiro, médico, casado em regime de comunhão parcial de bens, denominada simplesmente **CONTRATADA**, celebram o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, em decorrência do julgamento da melhor proposta - "menor preço global", vide Processo **SEI n.º** 202500058003213, em conformidade com o Regulamento de Compras para Aquisição de Bens, Materiais, Serviços, Locações, Importações e Alienações desta Organização (NP 06 - Edição VI de 25/04/2024, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás n.º 24.278 em 03/05/2024, vigente desde 18 de junho de 2024), podendo adotar por analogia, quando necessário, normas gerais de contratações disciplinadas por legislação pertinente, conforme faculta o item 18.4 do Regulamento de Compras, bem como pelas demais normas aplicáveis à espécie pelos preceitos de direito público, aplicando-lhes ainda, a teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado, bem como pelas cláusulas e condições seguintes:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente instrumento a contratação de operadora para a oferta e gestão de **plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial**, com abrangência na Região Metropolitana de Goiânia. O plano deverá prever coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre os valores de consultas, exames, terapias e Guias de Tratamento Ambulatorial (GTA), destinado aos empregados da CONTRATANTE e seus respectivos dependentes, pelo período de 60 (sessenta) meses, conforme condições constantes no Termo de Referência n.º 069/2025 (75901905) e Edital n.º 80/25 (76032614).

1.2. O quantitativo estimado de adesões é de 389 (trezentos e oitenta e nove) pessoas, conforme levantamento realizado com base nos empregados ativos e seus dependentes, nos termos do Anexo I – Beneficiários Estimados.

1.3. A adesão ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será de caráter exclusivamente voluntário, ficando inteiramente a critério do próprio beneficiário. Não haverá, por parte da CONTRATANTE, qualquer tipo de interferência, imposição ou obrigatoriedade quanto à decisão de adesão, respeitada a livre escolha do empregado em participar ou não do plano ofertado.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPECIFICAÇÃO E DO QUANTITATIVO DO OBJETO

2.1. Dos serviços a serem contratados:

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

OBJETO	UN.	QUANTIDADE ESTIMADA DE USUÁRIOS		MENSAL	TOTAL ANUAL	TOTAL 60 MESES
Contratação de empresa especializada na oferta e gestão de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial para a prestação contínua de serviços médico-hospitalares, abrangendo: a) Serviços ambulatoriais; b) Serviços laboratoriais; c) Realização de exames complementares — incluindo os de alta complexidade; d) Serviços auxiliares de diagnóstico, terapias, internações e obstetrícia; e) Cobertura dos custos assistenciais e atendimento de urgência e emergência, com suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Móvel, nas modalidades terrestres — com atendimento na cidade de Goiânia — e aeromédica, esta última aplicável para distâncias superiores a 500 km (quinhentos quilômetros); f) Aplicação de coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre consultas, exames, terapias e GTA, abrangendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com foco no tratamento de todas as doenças constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS). A cobertura observará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, bem como os anexos da Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela ANS.	Serv.	ACOMODAÇÃO ENFERMARIA (BÁSICO)	ACOMODAÇÃO APARTAMENTO (ESPECIAL)	R$ 240.640,96	R$ 2.887.691,52	R$ 14.438.457,60
		318	71			
a) Coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre consultas, exames, terapias e GTA, limitada ao valor máximo de R$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por procedimento.	Serv.			R$ 77.800,00	R$ 933.600,00	R$ 4.668.000,00
VALOR TOTAL DO CONTRATO - R$ 19.106.457,60 (dezenove milhões, cento e seis mil quatrocentos e cinquenta e sete reais e sessenta centavos)						

2.2. Dos serviços a serem contratados por faixa etária:

Faixa Etária	ACOMODAÇÃO ENFERMARIA (BÁSICO)						ACOMODAÇÃO APARTAMENTO (ESPECIAL)					
	Quantidade de Titulares e Dependentes			Total de Beneficiários	Valor por Beneficiário (Mensal) (R$)	Valor Total (Mensal) (R$)	Quantidade de Titulares e Dependentes			Total de Beneficiários	Valor por Beneficiário (Mensal) (R$)	Valor Total (Mensal) (R$)
	Faixa Salarial						Faixa Salarial					
	1	2	3				1	2	3			
0 a 18	1	38	19	58	**242,83**	**14.084,14**	-	4	6	10	**299,66**	**2.996,60**
19 a 23	-	7	4	11	**261,01**	**2.871,11**	-	2	4	6	**322,39**	**1.934,34**
24 a 28	1	13	7	21	**292,41**	**6.140,61**	-	1	0	1	**361,64**	**361,64**
29 a 33	-	11	4	15	**329,57**	**4.943,55**	-	4	3	7	**408,09**	**2.856,63**
34 a 38	1	16	12	29	**373,47**	**10.830,63**	-	1	6	7	**462,97**	**3.240,79**
39 a 43	2	21	9	32	**434,82**	**13.914,24**	-	2	2	4	**539,66**	**2.158,64**
44 a 48	1	21	11	33	**560,10**	**18.483,30**	-	2	3	5	**696,27**	**3.481,35**
49 a 53	3	32	13	48	**723,09**	**34.708,32**	-	2	2	4	**900,01**	**3.600,04**
54 a 58	1	19	9	29	**935,14**	**27.119,06**	-	9	5	14	**1.165,09**	**16.311,26**
59 ou +	4	27	11	42	**1.212,95**	**50.943,90**	-	5	8	13	**1.512,37**	**19.660,81**
SubTotal	**14**	**205**	**99**	**318**	**-**	**184.038,86**	**0**	**32**	**39**	**71**	**-**	**56.602,10**
Coparticipação*	14	205	99	318	**200,00**	**63.600,00**	0	32	39	71	**200,00**	**14.200,00**
Total Mensal						**247.638,86**	**Total Mensal**					**70.802,10**
Total Anual (R$)						**2.971.666,32**						**849.625,20**
Total 60 Meses (R$)						**14.858.331,60**						**4.248.126,00**
TOTAL GERAL DO CONTRATO (ENFERMARIA + APARTAMENTO) (R$)												**19.106.457,60**

***estimativa de R$ 200,00 de coparticipação média por mês para cada usuário**

2.3. O plano privado de assistência à saúde, na modalidade coletivo empresarial, deverá oferecer cobertura para atendimentos eletivos em toda a rede credenciada, com área de abrangência estendendo-se à Região Metropolitana de Goiânia. Deverá incluir, ainda, serviços de urgência e emergência, com suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Móvel, nas modalidades terrestres — com atendimento na cidade de Goiânia — e aeromédica, esta última aplicável para distâncias superiores a 500 km (quinhentos quilômetros).

2.4. O plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será destinado exclusivamente aos beneficiários definidos neste Contrato, com **adesão voluntária e opcional**, nos termos do artigo 5º da Resolução Normativa n.º 557, de 14 de dezembro de 2022, da ANS.

2.5. A operadora de plano de saúde deverá contemplar obrigatoriamente a prestação dos serviços de UTI Móvel, tanto terrestre quanto aeromédico, conforme as exigências descritas neste Contrato.

2.6. A coparticipação do beneficiário será de 30% (trinta por cento) sobre consultas limitada ao custo máximo de R$ 40,00 (quarenta reais) por consulta, podendo este valor ser ajustado durante a vigência contratual, conforme disposto no item 20 deste Contrato.

2.7. Para exames, terapias e GTA, a coparticipação será de 30% (trinta por cento), limitada a até R$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por procedimento, podendo este valor ser ajustado durante a vigência contratual, conforme disposto no item 23 deste Contrato.

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

2.8. Internações não estarão sujeitas à cobrança de coparticipação, exceto nas internações psiquiátricas que ultrapassarem o período de 30 (trinta) dias, quando poderá ser cobrada coparticipação de até 50% (cinquenta por cento) sobre as diárias excedentes.

Parágrafo primeiro – Integram este Contrato, para todos os fins de direito, independente de transcrição, os documentos constantes do Processo SEI n.º 202500058003213, especialmente o Termo de Referência n.º 069/2025 (75901905), Edital n.º 80/25 (76032614) e proposta da Contratada (76851029).

Parágrafo segundo – A alteração do presente contrato será admitida nas condições preconizadas no Regulamento próprio da CONTRATANTE e/ou legislação correlata.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES PARA OS BENEFICIÁRIOS

3.1. A CONTRATADA deverá apresentar proposta de cobertura para os serviços especificados neste Contrato, observando integralmente as condições aqui estabelecidas para a execução do objeto contratual. A adesão dos beneficiários ativos será de caráter **facultativo e voluntário**. Deverão ser ofertadas, duas modalidades de plano de assistência à saúde coletivo empresarial, ambas com coparticipação, conforme descrito a seguir:

3.1.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com cobertura ambulatorial e hospitalar, incluindo obstetrícia, destinado a titulares e seus dependentes legais, **com acomodação em enfermaria (básico)**. A abrangência do atendimento eletivo deverá contemplar a Região Metropolitana de Goiânia, incluindo também serviços de urgência e emergência, com suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel terrestre e aeromédico;

3.1.2. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com cobertura ambulatorial e hospitalar, incluindo obstetrícia, destinado a titulares e seus dependentes legais, **com acomodação em apartamento individual com banheiro privativo (especial)**. A abrangência do atendimento eletivo deverá contemplar a Região Metropolitana de Goiânia, incluindo também serviços de urgência e emergência, com suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel terrestre e aeromédico;

3.2. Caso o Beneficiário Titular opte pela modalidade de plano especial (apartamento), a CONTRATANTE efetuará o repasse do valor correspondente ao subsídio praticado para o plano básico (enfermaria). A diferença de custo entre as modalidades será de responsabilidade exclusiva do Beneficiário Titular, aplicando-se ao grupo familiar de forma integral.

3.3. O tipo de plano escolhido pelo Beneficiário Titular deverá ser o mesmo para todos os integrantes do seu grupo familiar.

4. CLÁUSULA QUARTA - CONCEITUAÇÃO

4.1. Para fins deste documento, considera-se:

4.1.1. **Beneficiário Titular:** Empregados ativos, ex-empregados ou aposentados que, após o desligamento, optem pela manutenção do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial dentro do prazo legal, conforme os artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e Resolução Normativa n.º 488, de 29 de março de 2022, e empregados que, após a adesão ao plano, passem temporariamente à condição de inativos;

4.1.2. **Beneficiário Dependente:** Serão considerados membros do grupo familiar do Beneficiário Titular, desde que por ele autorizados, o cônjuge ou companheiro(a), assim reconhecido(a) legalmente ou quando houver filho(s) fruto da união de ambos; os filhos até 30 (trinta) anos completos; as pessoas indicadas no inciso III do artigo 4º do Código Civil Brasileiro (III – aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade); os enteados até 30 (trinta) anos completos, desde que o cônjuge e/ou companheiro(a) do titular esteja inscrito como dependente; o menor sob guarda ou tutela judicial do titular, cuja condição de dependência se estenderá até 30 (trinta) anos completos; e as pessoas declaradas judicialmente como dependentes econômicos do Beneficiário Titular.

4.1.2.1. Filho(s) ou enteado(s) com idade entre 18 (dezoito) e 30 (trinta) anos completos não farão jus ao subsídio da CONTRATANTE, exceto se, até os 24 (vinte e quatro) anos completos, estiverem regularmente matriculados em cursos de nível superior;

4.1.2.2. Filho(s) ou enteado(s) solteiro(s), de qualquer idade, fará jus ao subsídio da CONTRATANTE quando comprovadamente for portador(a) de incapacidade física ou mental permanente que o(a) impossibilite para o trabalho.

4.1.3. **Grupo Familiar:** Conjunto de beneficiários, incluindo titulares e dependentes;

4.1.4. **Faixas Etárias:** As mensalidades são faturadas conforme a idade do beneficiário, conforme as seguintes faixas etárias:

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

FAIXA ETÁRIA	
1ª	de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
2ª	de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
3ª	de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
4ª	de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
5ª	de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
6ª	de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
7ª	de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
8ª	de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
9ª	de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
10ª	de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais;

4.1.5. **Operadora de Plano de Saúde:** A CONTRATADA, descrita no contrato, que se obriga, na qualidade de mandatária, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados ou credenciados e de rede própria, ou por ela contratada;

4.1.6. **Rede Credenciada:** Hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela CONTRATADA, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos;

4.1.7. **Abrangência da Rede:** Localidades em que a operadora CONTRATADA deverá oferecer rede credenciada;

4.1.8. **Atendimento de Emergência:** Evento que implica em sofrimento intenso, risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

4.1.9. **Atendimento de Urgência:** Evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

4.1.10. **Remoção:** Ato de remover pessoas, seja do ambiente doméstico para o hospital ou de via pública para o ambiente hospitalar;

4.1.11. **Coparticipação:** Consiste no pagamento, pelo beneficiário, de uma parcela da despesa assistencial, sendo o desconto operacionalizado pela CONTRATANTE e repassado à CONTRATADA. Essa parcela será previamente estipulada, podendo ser fixada em **valor fixo ou percentual**, e incidirá apenas sobre os procedimentos especificados. O valor correspondente à coparticipação será descontado diretamente da remuneração mensal dos colaboradores beneficiários do plano, sendo obrigação da CONTRATADA repassar integralmente à CONTRATANTE todos os valores efetivamente faturados a título de coparticipação;

4.1.12. **Subsídio:** O valor mensal a ser repassado à CONTRATADA, com recursos da CONTRATANTE, destina-se ao custeio parcial do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial e será calculado conforme a faixa etária e a faixa salarial do Beneficiário Titular, bem como a faixa etária do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) eventualmente incluído(s);

4.1.13. **Mensalidade:** Valor total mensal que inclui o subsídio e a coparticipação, referente a todo o grupo familiar;

4.1.14. **Gestor do Contrato:** A CONTRATANTE indicará formalmente um representante responsável pela interlocução junto à CONTRATADA para tratar de todos os assuntos relacionados à execução do contrato, incluindo questões operacionais, administrativas, técnicas e de fiscalização do objeto contratual.

5. CLÁUSULA QUINTA - ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS

5.1. O quantitativo **estimado** de adesões é de 389 (trezentos e oitenta e nove) pessoas, conforme levantamento realizado com base no número de empregados ativos e seus respectivos dependentes cadastrados, conforme detalhado no **Anexo I – Beneficiários Estimados** (74809204).

5.2. A adesão ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será de caráter **exclusivamente voluntário**, ficando inteiramente a critério do próprio beneficiário. Não haverá, por parte da CONTRATANTE, qualquer tipo de interferência, imposição ou obrigatoriedade quanto à decisão de adesão, respeitada a livre escolha do empregado em participar ou não do plano ofertado.

5.3. Visando fomentar a adesão mínima necessária à sustentabilidade do contrato, a CONTRATANTE compromete-se a divulgar amplamente, por meio de seus canais internos de comunicação, as informações relativas ao

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ofertado.

5.4. A CONTRATANTE disponibilizará espaço físico adequado, elaborará material visual de apoio e realizará a divulgação no *mailing* institucional dos colaboradores, de modo a viabilizar a realização de apresentações presenciais pela CONTRATADA, com o intuito de apresentar os benefícios do plano, esclarecer dúvidas e fornecer orientações quanto ao processo de adesão.

6. CLÁUSULA SEXTA - FAIXAS ETÁRIAS

6.1. Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário que resulte em enquadramento em faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será ajustada automaticamente no mês subsequente ao do aniversário do beneficiário.

6.1.1. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na proposta de adesão, incidindo sobre o valor da faixa etária anterior, sem se confundir com o reajuste anual.

6.2. Após 59 anos, aplica-se apenas o reajuste anual, vedado reajuste por mudança de faixa etária, conforme a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS

7.1. A adesão de beneficiários ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial objeto desta contratação é voluntária e restrita exclusivamente aos empregados ativos.

7.1.1. É vedada a adesão e troca de operadora para o plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial objeto desta contratação por empregados, ex-empregados, aposentados e seus respectivos dependentes, provenientes de outras operadoras registradas na ANS, que estejam segurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou que se encontrem sob cuidados médico-hospitalares domiciliares.

7.2. A adesão ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será permitida, após aprovação da viabilidade econômica pela CONTRATANTE.

7.3. Após validação econômica pela CONTRATANTE, os pedidos de adesão serão encaminhados à CONTRATADA, que deverá concluir o processo e comunicar oficialmente à CONTRATANTE em até 30 (trinta) dias úteis.

8. CLÁUSULA OITAVA - EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

8.1. O Beneficiário Titular será excluído do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial nos seguintes casos:

8.1.1. Por falecimento;

8.1.2. Por demissão, ressalvada a possibilidade de permanecer no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, nos termos do § 1º do artigo 30 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998;

8.1.3. Quando este solicitar a sua exclusão;

8.1.4. Outras situações previstas em Lei ou normas do órgão regulador;

8.1.5. Concessão de licença sem vencimentos ou aposentadoria por invalidez;

8.2. O Beneficiário Dependente será excluído do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial objeto dessa contratação nos seguintes casos:

8.2.1. Por falecimento;

8.2.2. Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;

8.2.3. Quando o titular perder a condição de beneficiário;

8.2.4. Quando o dependente perder a condição de beneficiário;

8.2.5. A pedido formal do titular;

8.3. Ressalvadas as situações previstas no item 8.1 e 8.2, a exclusão do Beneficiário (Titular ou Dependente) se dará, também, por:

8.3.1. Fraude ideológica ou documental na utilização do plano contratado ou na qualificação dos dependentes declarados;

8.3.2. Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato estabelecido.

8.3.3. Decisão em processo administrativo ou judicial;

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

8.4. As solicitações de exclusão de beneficiários do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial deverão ser realizadas eletronicamente pela CONTRATANTE e concluídas pela CONTRATADA, que deverá comunicar à CONTRATANTE em até 30 (trinta) dias úteis;

8.5. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do beneficiário será de exclusiva responsabilidade do beneficiário, salvo se a CONTRATANTE deixar de comunicar a exclusão;

8.5.1. Assim que for cobrada pela utilização do serviço, a CONTRATANTE efetuará o repasse do valor correspondente ao titular.

8.6. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na exclusão de todos os seus Beneficiários Dependentes;

8.7. É responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar formalmente a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de manutenção ou quando não houver mais o interesse de mantê-los no plano;

8.8. Na hipótese de falecimento do Beneficiário Titular ou Dependente, a cobrança da mensalidade será efetuada de forma proporcional até o dia do evento.

9. CLÁUSULA NONA - DA CARÊNCIA

9.1. Não será exigido o cumprimento de prazos de carência nos contratos cuja contratação inicial contemple número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o beneficiário formalize seu pedido de inclusão no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data de celebração do contrato coletivo empresarial.

9.2. Será exigido o cumprimento dos prazos de carência nos contratos cuja contratação inicial contemple número inferior a 30 (trinta) beneficiários, observadas as disposições regulamentares aplicáveis.

9.3. As adesões realizadas após o prazo previsto no subitem 9.1 estarão sujeitas ao cumprimento dos seguintes períodos de carência:

PROCEDIMENTO	TEMPO
Acidentes pessoais / Urgência e Emergência, nos limites da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e sua regulamentação, conforme cláusula específica sobre o tema descrito nesse instrumento	24 horas
Consultas	180 dias
Exames laboratoriais e radiodiagnósticos simples	180 dias
Procedimentos de cirurgia cardíaca e hemodinâmica	180 dias
Procedimentos endoscópicos, digestivos, respiratórios e proctológicos	180 dias
Transplantes, listados no Rol de procedimentos e eventos da ANS	180 dias
Hemodiálise e diálise peritoneal/CAPD	180 dias
Internação hospitalar	180 dias
Métodos intervencionistas por imagem	180 dias
Ressonância magnética e tomografia computadorizada	180 dias
Terapias simples e terapias especiais	180 dias
Fisioterapia, radioterapia e quimioterapia	180 dias
Litotripsia extracorpórea e tratamentos por ondas de choque	180 dias
Mudança de plano com acomodação coletiva (enfermaria) para plano com acomodação individual (apartamento)	180 dias
Demais procedimentos integrantes do Rol de procedimentos e eventos em saúde e suas diretrizes de utilização, vigentes à época do evento	180 dias
Acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior quando da transferência de contrato	180 dias
Partos a termo	300 dias

9.4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário titular, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias contados do nascimento ou da adoção, observando-se:

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

9.4.1. Se o beneficiário titular (pai, mãe ou responsável legal) tiver cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias em plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, o recém-nascido estará isento do cumprimento de todos os prazos de carência;

9.4.2. Se o beneficiário titular (pai, mãe ou responsável legal) não tiver cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido aproveitará a carência já cumprida pelo beneficiário, devendo cumprir o período restante;

9.4.3. A adesão independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência;

9.4.4. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

9.5. O menor de 12 (doze) anos, adotado ou com a paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário, inscrito em até 30 (trinta) dias do evento que lhe confere esse direito, terá direito à contagem dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário, pai ou mãe.

9.6. O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

9.7. As carências previstas nos planos de saúde deverão observar também as regulamentações da ANS, em especial as Resoluções Normativas da ANS de n.º 438, de 03 de dezembro de 2018 e n.º 566, de 29 de dezembro de 2022, e as que lhes sucederem.

9.8. A CONTRATADA poderá oferecer condições de carência mais benéficas que as previstas neste Contrato e na legislação vigente a qualquer tempo.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DA PORTABILIDADE

10.1. Após o prazo mencionado no item 9.1, a CONTRATADA deverá seguir as regulamentações da ANS sobre portabilidade, especialmente a Resolução Normativa n.º 438, de 03 de dezembro de 2018.

10.2. A CONTRATADA poderá oferecer condições de portabilidade mais benéficas que as previstas neste Contrato e na legislação vigente a qualquer tempo.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS GARANTIDOS NO PLANO DE SAÚDE

11.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários que vierem a se inscrever regularmente e que atenderem às respectivas condições, a cobertura básica prevista neste item, exclusivamente na segmentação **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**, compreendendo a cobertura de todas as especialidades que forem reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visando ao tratamento de todas as doenças que constarem na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em suas Diretrizes de Utilização, que estiverem vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela ANS.

11.1.1. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos que vierem a ser listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em suas Diretrizes de Utilização, que estiverem vigentes à época do evento, terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;

11.1.2. Ficará garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos que vierem a ser listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em suas Diretrizes de Utilização, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação contratada;

11.1.2.1. Entender-se-á como cobertura relacionada à saúde ocupacional o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças que vierem a ser relacionadas ao processo de trabalho, conforme a legislação específica vigente.

11.1.3. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com a indicação do médico assistente;

11.1.4. O atendimento estará assegurado independentemente do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora e os prazos de carência que forem estabelecidos no contrato firmado.

11.2. **Cobertura Ambulatorial**

11.3. A cobertura ambulatorial deverá abranger os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, anexos de

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

Resolução Normativa específica, e vigentes à época do evento, editados e atualizados pela ANS. Não poderão ser incluídos na cobertura ambulatorial a internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não requeiram internação, demandem estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, bem como serviços como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares, conforme detalhado a seguir:

11.3.1. Consultas médicas com médicos cooperados ou credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo CFM;

11.3.2. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

11.3.3. Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com a indicação do médico assistente e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

11.3.4. Psicoterapia de acordo com a indicação do médico assistente e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

11.3.5. Procedimentos de reeducação e reabilitação física de acordo com a indicação do médico assistente e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

11.3.6. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, que envolvam as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

11.3.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC ou CAPD na sigla em inglês);

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Procedimentos de radioterapia ambulatorial;

d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;

e) Hemoterapia ambulatorial;

f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

11.3.8. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venosos, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999;

b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

11.3.9. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

11.3.10. Tratamento de queimadura de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, a ser realizado no serviço próprio de queimaduras da CONTRATADA, ressalvados os casos dispostos nestas condições gerais para reembolso;

11.3.11. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

11.3.12. Para efeitos do disposto nessa cláusula, as áreas de atuação estabelecidas pelo CFM não são consideradas especialidades médicas.

11.4. **Cobertura Hospitalar com Obstetrícia**

11.4.1. A CONTRATADA deverá garantir aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, a cobertura hospitalar com obstetrícia, conforme definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela ANS, compreendendo os seguintes serviços:

11.4.1.1. Diárias de internação hospitalar em acomodação contratada, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecidas pelo CFM;

11.4.1.2. Acesso à acomodação em nível superior em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, sem ônus adicional, nos estabelecimentos próprios ou contratados para o plano;

11.4.1.3. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

11.4.1.4. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

11.4.1.5. Exames complementares constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde, para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

11.4.1.6. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA;

11.4.1.7. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área de atuação prevista no contrato firmado;

11.4.1.8. Despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura contratada, salvo expressa contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente;

11.4.1.9. Procedimentos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, vigentes à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

11.4.1.10. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

11.4.1.11. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a Regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;

b) Que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela legislação específica e vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação contratada.

11.4.1.12. Seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em caráter de internação hospitalar, e em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC ou CAPD na sigla em inglês);

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definido na cláusula das disposições gerais desse instrumento e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

c) Procedimentos radioterápicos, ambulatorial e hospitalar;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral e enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) Embolizações;

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;

k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

11.4.1.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

11.4.1.14. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

11.4.1.15. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

11.4.1.16. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

11.4.1.17. Coberturas das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;

11.4.1.18. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, observadas as condições previstas no item 10.3 e seus subitens do respectivo Termo de Referência;

11.4.1.19. Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, observadas as seguintes condições:

a) Custeio Integral de 30 (trinta) dias de internação por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) Custeio parcial a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, sendo o percentual da coparticipação do Beneficiário definida na Proposta de Adesão, no ato da contratação, observados os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) Cobertura de hospital-dia, Custeio parcial por evento (período total de atendimento): considera-se como "evento" o período compreendido entre a admissão e a alta hospitalar do paciente, com duração máxima de até 12 (doze) horas. O percentual de coparticipação do beneficiário será de 50% (cinquenta por cento), observando os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes.

11.4.1.20. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, bem como as despesas com procedimentos vinculados, necessários à sua realização, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

a) As despesas assistenciais com doadores vivos;

b) Os medicamentos utilizados durante a internação;

c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia) e tardio (a partir das 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

11.4.2. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação específica vigente;

11.4.2.1. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

11.4.2.2. É de competência privativa das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

11.4.3. O imperativo clínico, para fins da cobertura de estrutura hospitalar à realização dos procedimentos odontológicos ora descritos nessa cláusula, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

11.4.4. A acomodação coletiva é composta por 03 (três) leitos, ou mais, um banheiro e mobiliário necessário ao paciente.

11.4.5. Caso o paciente ou seus responsáveis optem por acomodação superior à, conforme opção contratada no termo de adesão, deverá fazê-lo mediante livre negociação com o prestador hospitalar, responsabilizando-se pelo pagamento adicional dos custos, não cabendo qualquer ônus à contratada, sendo os custos adicionais de inteira responsabilidade do beneficiário.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1. Em conformidade com o que prevê a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas em Resolução Normativa específica, estarão excluídos da cobertura do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial os serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela ANS, bem como os provenientes de:

12.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, inclusive os não reconhecidos pelo CFM;

12.1.2. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carência, ou ainda, prestados em desacordo com o estabelecido no contrato firmado, mesmo que o beneficiário já esteja de posse do cartão de identificação, exceto para os casos previstos na legislação;

12.1.3. Fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar, exceto para os casos previstos na legislação;

12.1.4. Fornecimento de medicamentos prescritos durante o atendimento ambulatorial ou na internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);

12.1.5. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA, bem como aqueles previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);

12.1.6. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

12.1.7. Cirurgias e tratamentos antiéticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

12.1.8. Despesas de acompanhantes, excecionadas:

a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante dos menores de 18 (dezoito) anos;

b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e

c) Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré- parto, parto e pós-parto imediato.

12.1.9. Cirurgias para mudança de sexo, à exceção do processo transexualizador, conforme Parecer Técnico da ANS n.º 026/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 ou outra diretriz da mesma agência que venha a substituir e vigente à época do evento.

12.1.10. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;

12.1.11. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos, ar condicionado, televisão, frigobar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do contrato;

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

12.1.12. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de atuação do plano contratado, conforme "Características Gerais do Contrato de Plano de Saúde", bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou credenciados ou entidades não credenciadas à operadora;

12.1.13. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

12.1.14. Inseminação artificial;

12.1.15. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

12.1.16. Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

12.1.17. Aplicação de vacinas;

12.1.18. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;

12.1.19. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

12.1.20. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

12.1.21. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar;

12.1.22. Transplantes, exceto os descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

12.1.23. Tratamentos em "*SPAS*", clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

12.1.24. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

12.1.25. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

12.1.26. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou em desacordo com as suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

12.1.27. Especialidade médica não reconhecida pelo CFM;

12.1.28. Atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade referentes às doenças e lesões preexistentes, dentro do período da cobertura parcial temporária, que compreende 24 (vinte e quatro) meses;

12.1.29. Cirurgia refrativa para grau diferente do estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

12.1.30. Fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes, inclusive de rim, de córnea e de medula óssea alogênico ou autólogo, ou qualquer outro que venha a ser inserido no Rol de Procedimentos da ANS, ressalvados os medicamentos utilizados durante a internação para os transplantes cobertos;

12.1.31. Procedimentos pré-operatórios nos casos de transplantes, exceto os descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

12.1.32. Procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cujo limite máximo de utilização por ano contratual tenha sido ultrapassado;

12.1.33. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), conforme Portaria n.º 024, de 29 de dezembro de 1994 - NR7 ou por qualquer ato normativo que vier a substituí-la;

12.1.34. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), conforme Portaria n.º 025, de 29 de dezembro de 1994 - NR9 - MTB ou por qualquer ato normativo que vier a substituí-la, bem como os procedimentos relacionados com a medicina ocupacional (exames admissionais, demissionais e periódicos);

12.1.35. Transporte de tecidos e órgãos do doador ao estabelecimento de saúde em que se encontre o receptor;

12.1.36. Internação domiciliar em qualquer caso;

12.1.37. Honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar;

12.1.38. Realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

12.1.39. Tratamento e atendimento ambulatorial e/ou hospitalar realizados em prestadores classificados como de alto custo ou que adotem tabela própria.

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

13.1. O beneficiário titular 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 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 artigo 11, da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998.

13.2. Doenças ou lesões preexistentes (DLP), 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 artigo 11 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, o inciso IX do artigo 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa n.º 558, de 14 de dezembro de 2022 e suas atualizações.

13.3. Constatada, por meio de perícia médica, entrevista qualificada ou declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão preexistente que possa ensejar a necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), nos termos da legislação vigente, podendo, a seu critério, ser-lhe facultada a oferta de agravo, nos casos em que couber.

13.4. Entende-se por Cobertura Parcial Temporária (CPT) a suspensão, por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de contratação ou de adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, exclusivamente quando relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal, nos termos da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

14.1. Os serviços contratados deverão ser prestados da seguinte forma:

14.1.1. **Consultas Médicas:** Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados ou credenciados indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observando o horário normal de funcionamento e mediante agendamento prévio. As consultas em pronto-socorro na rede credenciada serão realizadas pelo médico de plantão.

14.1.2. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** Serão realizados por médicos cooperados ou credenciados nos estabelecimentos de saúde indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, mediante a apresentação da solicitação emitida pelo médico assistente ou cirurgião- dentista, com prévia autorização da CONTRATADA.

14.1.3. **Exames complementares e serviços auxiliares:** deverão ser realizados pelos prestadores que integram a rede indicada na relação divulgada pela CONTRATADA, mediante a apresentação da solicitação emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, com prévia autorização da CONTRATADA.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

15.1. A **UTI Móvel Terrestre** é um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em casos de urgências e emergências, com ou sem Remoção Terrestre.

15.1.1. Para os efeitos do serviço contratado são adotadas, ainda, as seguintes definições:

15.1.2. **Atendimento Pré-Hospitalar Móvel:** atendimento médico de urgências e emergências no local onde se der o evento e, se necessário for, a remoção via terrestre até o estabelecimento hospitalar credenciado pela CONTRATADA.

15.1.3. **Busca:** ato de buscar pessoas, acidentadas ou não, em local incerto, tendo como referência apenas a região nas mais diversas situações.

15.1.4. **Emergência**: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

15.1.5. **Remoção**: ato de remover pessoas seja do ambiente doméstico para o hospital ou de via pública para o ambiente hospitalar.

15.1.6. **SOS Fone**: serviço de orientação médica 24 (vinte e quatro) horas por meio de ligação gratuita.

15.1.7. **Urgência**: é o evento resultante de acidente pessoal, voluntário ou não, bem como de complicações no processo gestacional.

15.2. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário no plano, a CONTRATADA deverá garantir a cobertura para atendimentos de urgência decorrentes de acidente pessoal, dentro da área de atuação e da rede de atendimento prevista no plano contratado.

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

15.3. Os beneficiários inscritos no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial terão garantido o atendimento de urgência e emergência, limitado às primeiras 12 (doze) horas em ambiente ambulatorial ou até que se constate a necessidade de estrutura hospitalar, nos seguintes casos:

15.3.1. Atendimentos decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para parto;

15.3.2. Atendimentos que evoluam para a necessidade de internação, durante o período de carência para internação;

15.3.3. Atendimentos que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças ou lesões preexistentes, durante o período de Cobertura Parcial Temporária.

15.4. Uma vez cumpridos os prazos de carências e de cobertura parcial temporária, os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura integral contratada.

15.5. A CONTRATADA assegurará ao beneficiário regularmente inscrito no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial a remoção terrestre do paciente, quando devidamente comprovada a necessidade, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área de atuação do contrato.

15.6. Sendo constatada pelo médico assistente a insuficiência de recursos da unidade para a continuidade do atendimento ao paciente, após a realização dos procedimentos classificados como urgência e emergência, a CONTRATADA assegurará ao beneficiário regularmente inscrito a remoção terrestre para outro estabelecimento hospitalar pertencente à rede credenciada do plano contratado.

15.7. Após o atendimento das primeiras 12 (doze) horas de urgência e emergência, e sendo constatada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a CONTRATADA assegura ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre que se encontrarem nas seguintes situações:

a) Em períodos de carência para internação e/ou parto;
b) Em período de Cobertura Parcial Temporária para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

15.8. A CONTRATADA será responsável pelo ônus e pela remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando à continuidade do atendimento.

15.9. Durante a remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, sendo sua responsabilidade cessada após o registro do paciente na unidade do SUS.

15.10. Caso o paciente ou seus responsáveis optem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, ou se a remoção não puder ser realizada devido ao risco de morte, o beneficiário ou seu responsável e o prestador de atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, desobrigando a CONTRATADA da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO REEMBOLSO

16.1. Em casos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados da CONTRATADA, nem o contato prévio para o correto direcionamento por indisponibilidade ou inexistência dentro da área de abrangência do plano ora contratado, o beneficiário titular poderá solicitar o reembolso das despesas com serviços ou atendimentos das coberturas contratadas, desde que pagos por ele.

16.2. Para que se cumpra o disposto no item acima, é necessária a apresentação da documentação comprobatória da urgência e/ou emergência, uma vez que tal solicitação será acolhida apenas quando a urgência e/ou emergência estiverem indiscutivelmente caracterizadas, conforme os conceitos estabelecidos na Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e nas resoluções normativas em vigor.

16.3. Somente poderão ser reembolsáveis as despesas diretamente vinculadas ao evento que originou o atendimento ao beneficiário e que estejam contempladas na cobertura contratada.

16.4. Os procedimentos realizados em ocasiões de inadimplência, ainda que cobertos contratualmente, não serão reembolsáveis até que os débitos existentes sejam quitados.

16.5. A partir da entrega de toda a documentação solicitada, a CONTRATADA terá o prazo de até 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso.

16.6. O pagamento do reembolso será feito somente ao beneficiário titular ou, em caso de falecimento, aos sucessores legais, mediante comprovação.

16.7. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data do evento.

16.8. Os valores a serem reembolsados ao beneficiário serão aqueles previstos nas tabelas de remuneração e de pagamento aos prestadores de serviços da operadora, observadas as condições contratuais e regulamentares vigentes, sendo deduzidos os valores correspondentes à coparticipação e/ou franquia, quando houver incidência de fator moderador sobre os procedimentos realizados.

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - REDE CREDENCIADA

17.1. A CONTRATADA deverá operar com uma rede credenciada de Assistência Médico - Hospitalar em âmbito regional (Região Metropolitana de Goiânia), abrangendo atendimentos em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais devidamente registrados nos respectivos conselhos, bem como disponibilização serviços de urgência e emergência com abrangência nacional. A rede credenciada incluirá no mínimo de 400 (quatrocentas) clínicas, hospitais e laboratórios, além de contar com uma equipe de mais de 2.600 (dois mil e seiscentos) médicos na região atuação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial.

17.2. A CONTRATADA também deve disponibilizar uma rede própria de atendimento, composta por Centro de Atendimento Pediátrico, PAS (Programa de Atenção à Saúde), Centro de Terapias Especiais para usuários com Transtorno do Espectro Autista, Centro de Diagnósticos, Vacinas, Clínica de Psicologia, Serviços para Saúde do Adulto e Atendimento Domiciliar com Equipe Multiprofissional.

17.2.1. O Atendimento Domiciliar com Equipe Multiprofissional corresponde ao denominado **Serviço Unidomiciliar**, benefício não contratual que atua como etapa de transição entre a assistência hospitalar e o atendimento ambulatorial. O serviço compreende cuidados domiciliares (administração de medicamentos, hidratação, suporte ventilatório e tratamento de feridas), visando reduzir internações e riscos hospitalares, além de favorecer a recuperação em ambiente familiar e a capacitação de cuidadores. Ressalta-se que não se confunde, em hipótese alguma, com o serviço de *Home Care*, possuindo critérios próprios e processo específico de inclusão.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

18.1. Durante todo o período de prestação dos serviços, a CONTRATADA deverá apresentar:

18.1.1. Mensalmente, até o dia 15 (quinze) de cada mês, a CONTRATANTE deverá receber, **fatura** em arquivo eletrônico, contendo as informações sobre os Beneficiários Titulares e Dependentes, incluindo nome, matrícula e a relação de dependência. O arquivo também deverá informar os valores da mensalidade do respectivo plano, bem como a coparticipação em serviços utilizados, quando aplicável, para o desconto em folha do empregado. Os valores deverão ser apresentados em rubricas específicas e separadas.

18.1.2. Anualmente, até o dia 28 de fevereiro do ano subsequente, a CONTRATADA deverá disponibilizar a todos os beneficiários, por meio de envio em formato PDF para o *e-mail* cadastrado ou por *download* em seu *site*, arquivo contendo o total das mensalidades e coparticipações pagas pelos empregados ao longo do ano, discriminadas por tipo de beneficiário (titular ou dependente), para fins de declaração do Imposto de Renda.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA - USO DA LÍNGUA PORTUGUESA

19.1. Em todas as atividades deverá ser empregada a língua portuguesa falada e escrita do Brasil. Serão admitidas as seguintes exceções a esta exigência:

a) O uso de termos técnicos em inglês, nas conversações ou correspondências;

b) Outros casos, decididos em comum acordo entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA.

19.2. Os relatórios previstos neste Contrato deverão ser apresentados com conteúdo em língua portuguesa.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO REAJUSTE

20.1. Os valores estipulados na Proposta de Adesão deverão ser definidos com base em cálculo atuarial, considerando os custos dos serviços disponibilizados aos beneficiários, dados estatísticos sobre a frequência de utilização, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, os períodos de carência e a carga tributária incidente sobre as cooperativas de trabalho médico. Qualquer alteração nesses fatores, bem como eventuais atualizações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), poderá implicar a revisão dos valores contratados, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, desde que previamente negociada e formalizada por meio de termo aditivo entre as partes.

20.2. O reajuste do contrato poderá seguir critérios distintos conforme a quantidade de beneficiários.

20.3. Deverão ser realizados reajuste conforme critérios econômicos e técnicos.

20.4. Os reajustes econômico e/ou técnico serão aplicados anualmente.

20.5. **Reajuste Econômico**

20.5.1. Os valores das mensalidades e da tabela de preços serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)/SAÚDE – PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acumulado nos últimos 12 (doze) meses. Na ausência da divulgação desse índice, será utilizado o índice que o substituir

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

oficialmente e, caso não haja um equivalente, outro indicador que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que em conformidade com a legislação vigente.

20.5.2. Caso o índice adotado acumule saldo negativo nos últimos 12 (doze) meses, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o reajuste técnico, se for o caso.

20.5.3. Havendo nova legislação que venha a estabelecer um período inferior a 12 (doze) meses para o reajustamento, este será aplicado ao contrato.

20.6. **Reajuste Técnico**

20.6.1. O reajuste técnico será aplicado caso a sinistralidade (S) ultrapasse a meta de sinistralidade (SM) de 75% (setenta e cinco por cento), calculada com base na proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas nos 12 (doze) meses consecutivos anteriores à data de aniversário do contrato.

20.6.2. A depender da quantidade de beneficiários no contrato ou de critérios estabelecidos, a análise da sinistralidade poderá ter com base a proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas Diretas da carteira de agrupamento de contratos coletivos da operadora, apuradas em período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando por base os meses de Março a Fevereiro do ano subsequente.

20.6.3. Na hipótese de constatar a necessidade de aplicação de reajuste técnico (RT), o índice estipulado do reajuste econômico será adicionado ao reajuste técnico.

20.7. **Outras considerações sobre o reajuste**

20.7.1. A depender da quantidade de vidas e de critérios estabelecidos, o contrato poderá ser enquadrado na carteira de contratos coletivos da operadora, e neste caso, o percentual de reajuste do contrato será o da carteira de agrupamento de contratos coletivos da operadora, sendo aplicado no mês de aniversário do contrato, no período compreendido entre os meses de MAIO de cada ano a ABRIL do ano imediatamente subsequente.

20.7.2. O percentual de reajuste será único para todos os contratos do agrupamento de contratos coletivos.

20.7.3. Além dos reajustes econômicos e técnicos, cada beneficiário terá seu contrato reajustado quando da alternância da faixa etária, conforme variação descrita na proposta de preço a ser apresentada ou em decorrência de migração ou adaptação do contrato à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, ou se a legislação vier a permitir.

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

20.7.5. O(s) limite(s) de coparticipação e/ou franquia, quando aplicáveis, serão estabelecidos com base nos valores definidos na Proposta de Adesão e reajustados anualmente. Caso o índice adotado seja negativo, os valores vigentes serão mantidos.

20.7.6. Definições relacionados sobre o número de vidas ou critérios para participação no agrupamento de contrato da operadora, o prazo para negociações, a pagamentos após o prazo de negociações ou após a resilição, entre outras especificidades relacionadas ao reajuste deverão constar no contrato de adesão a ser firmado junto a operadora do plano de saúde.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO PLANEJAMENTO E PRAZO DE ENTREGA

21.1. A CONTRATADA deverá realizar reunião presencial com o gestor do contrato e a equipe técnica responsável, nas instalações da CONTRATANTE, em Goiânia. A data será acordada entre as partes, e a reunião deverá ocorrer no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a contar da assinatura do contrato e sua publicação no *site* oficial da CONTRATANTE. Na ocasião, a CONTRATADA deverá apresentar:

21.1.1. As características do produto/prestação do serviço;

21.1.2. O planejamento e cronograma das ações, como implantação, divulgação, prazo para a inscrição e prestação do serviço aos beneficiários;

21.1.3. A data de início de contagem do prazo para adesão de beneficiários sem carência face à assinatura do contrato.

21.1.4. Os esclarecimentos a questionamentos técnicos, que porventura houver;

21.1.5. O preposto atuará na coordenação das atividades e nas questões administrativas e técnicas referentes à execução dos serviços contratados;

21.1.6. Os canais de atendimento aos Beneficiários, “0800 24 horas”, *Chat*, *e-mail* e aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*, a ser utilizado durante toda a vigência do contrato;

21.1.7. O canal de comunicação direto para Preposto (telefone fixo, celular e *e-mail*);

21.1.8. Como será disponibilizado o acesso da CONTRATANTE e dos beneficiários à rede de atendimento.

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

21.2. A CONTRATADA deverá responder formalmente, em até 05 (cinco) dias úteis, os questionamentos que forem apresentados pela CONTRATANTE.

21.3. A CONTRATADA deverá estar ciente de que o ato do recebimento das prestações do serviço não implicará na aceitação automática de eventuais itens ou condições que apresentem falhas, irregularidades, inconsistências ou características que divirjam das especificações estabelecidas neste Contrato, podendo tais situações ser objeto de questionamento e adequação durante a vigência contratual.

21.4. O recebimento do objeto da contratação será supervisionado por um colaborador designado pela CONTRATANTE, que atuará como "Gestor do Contrato".

21.4.1. A recusa injustificada da CONTRATADA em entregar o objeto no prazo e/ou quantitativo estipulado caracteriza descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-o às penalidades previstas neste Contrato;

21.4.2. A proposta da CONTRATADA deverá incluir todos os tributos, encargos e emolumentos incidentes, já estando esses valores contemplados no preço final apresentado para fechamento da proposta.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DO PAGAMENTO, FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

22.1. O plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será custeado em regime de preço preestabelecido (pré-pagamento), caracterizado pelo pagamento antes da utilização das coberturas contratadas pela CONTRATANTE, exceto nos casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, situação em que a responsabilidade incumbe ao beneficiário titular.

22.2. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA até a data do vencimento os valores de inscrição e mensalidades relacionados na Proposta de Adesão por cada beneficiário inscrito, além dos valores relativos à coparticipação e/ou franquia, quando houver, para os procedimentos previstos nas condições gerais e na Proposta de Adesão.

22.3. A CONTRATADA deverá fornecer até o dia 15 (quinze) de cada mês, o faturamento, onde conste a relação nominal dos colaboradores participantes do plano de saúde e de seus dependentes, para fins de conferência, com os respectivos valores correspondentes à mensalidade e coparticipação, com vistas à elaboração do processo de pagamento.

22.4. A CONTRATADA deverá apresentar a Nota Fiscal/Fatura devidamente preenchida, referente à prestação dos serviços executados e faturados.

22.5. O pagamento será realizado até 5º dia útil do mês subsequente à apresentação da fatura.

22.6. O pagamento a CONTRATADA poderá ser efetuado por meio de transferência bancária ou por meio de boleto bancário, conforme meio disponibilizado pela CONTRATADA. Para a opção de transferência, a CONTRATADA devera informar previamente os dados bancários completos, incluindo o nome do banco, número da agência e número da conta corrente.

22.7. Deverá acompanhar as notas fiscais, regularidade fiscal e trabalhista exigidas para a contratação.

22.8. Os documentos que apresentarem incorreção, serão devolvidos à CONTRATADA para regularização, reiniciando-se novos prazos para pagamentos, a contar da reapresentação devidamente corrigida.

22.9. Caso o recurso financeiro seja proveniente do Contrato de Gestão, as notas fiscais deverão conter a certificação do gestor designado pela CONTRATANTE, acompanhada da seguinte anotação: **CONTRATO DE GESTÃO N.º 001/2011-SEAD**.

22.10. As notas fiscais deverão destacar as retenções de impostos conforme legislação, sendo a CONTRATANTE substituta tributária.

22.11. As empresas optantes do Simples Nacional deverão apresentar declaração informando em qual Anexo está enquadrado.

22.12. Em caso de desenquadramento, as empresas deverão informar ao gestor do contrato antes da emissão da nota fiscal subsequente ao desenquadramento, para a correta retenção de impostos.

22.13. Poderá a CONTRATANTE sustar o pagamento de qualquer nota fiscal, nos seguintes casos:

a) Prestação de serviços em desacordo com as condições estabelecidas neste contrato;

b) erros, omissões ou vícios nas notas fiscais.

22.14. A empresa deverá emitir as notas fiscais discriminativa dos serviços efetivamente prestados.

22.15. A CONTRATANTE poderá deduzir dos pagamentos importâncias que, a qualquer título, lhe forem devidas pela CONTRATADA.

23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA FONTE DOS RECURSOS

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

23.1. Os recursos financeiros para pagamento do objeto do presente contrato serão oriundos do *Contrato de Gestão n.º 001/2011 - SEAD, Termo de Fomento n.º 001/2019 - CEASA, Recursos Próprios* e *Contrato de Parceria UNESCO*, conforme Despacho n.º 959/2025/OVG/DIAF (75944825).

24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DO VALOR DO CONTRATO

24.1. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, pelo objeto do presente Contrato, a importância total pelo período total do contrato de 60 (sessenta) meses de **até R$ 19.106.457,60 (dezenove milhões, cento e seis mil quatrocentos e cinquenta e sete reais e sessenta centavos).** Sendo referido valor pago da seguinte forma: mensal de **até R$ 318.440,96 (trezentos e dezoito mil quatrocentos e quarenta reais e noventa e seis centavos)** e valor anual de **até R$ 3.821.291,52 (três milhões, oitocentos e vinte e um mil duzentos e noventa e um reais e cinquenta e dois centavos**), em conformidade com a proposta acostada nos autos e planilha do Gestor do Contrato (76851029 e 76944805).

24.1.1. Do valor total descrito no item 24.1, até R$ 7.440.826,20 (sete milhões, quatrocentos e quarenta mil oitocentos e vinte e seis reais e vinte centavos) se refere ao custeio da mensalidade do plano de responsabilidade da OVG e até R$ 11.665.631,40 (onze milhões, seiscentos e sessenta e cinco mil seiscentos e trinta e um reais e quarenta centavos) são referentes ao custeio por partes dos colaborados aderentes ao plano de saúde cujo repasse é de competência da OVG após retenção nos proventos dos colaboradores beneficiários.

24.1.2. Sendo que dos até R$ 11.665.631,40 (onze milhões, seiscentos e sessenta e cinco mil seiscentos e trinta e um reais e quarenta centavos) referentes ao custeio por parte dos colaborados aderentes ao plano de saúde, até R$ 6.997.631,40 (seis milhões, novecentos e noventa e sete mil seiscentos e trinta e um reais e quarenta centavos) se referem ao custeio do pagamento da mensalidade do plano e até R$ 4.668.000,00 (quatro milhões e seiscentos e sessenta e oito mil reais) refere-se ao valor estimado das co-participações nas consultas, exames, terapias e Guias de Tratamento Ambulatorial (GTA).

24.1.3. Os valores citados anteriormente serão ajustados anualmente, em conformidade com o disposto na **Cláusula 20 – Do Reajuste** deste Contrato de Prestação de Serviços. Após a aplicação do reajuste, será realizado o devido provisionamento, visando à inclusão dos novos valores na base orçamentária da OVG, de forma a assegurar a regularidade da execução contratual.

24.2. No preço estão incluídos todos os custos diretos e indiretos requeridos para o fornecimento do objeto, tais como: tributos incidentes, taxa de administração, serviços, encargos fiscais, sociais, trabalhistas, seguros, treinamento, lucro, transporte, fretes, despesas com carga e descarga, embalagens, bem como a entrega e outros necessários ao cumprimento integral do objeto deste Contrato.

24.3. A recusa injustificada da Contratada em executar o presente ajuste conforme delimitado no Termo de Referência, caracteriza descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-o às penalidades previstas neste Contrato.

24.4. A Contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que se fizerem nas aquisições e serviços, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, em regularidade com o item 15.6 disposto no Regulamento de Compras próprio da CONTRATANTE e legislação aplicável aos Contratos Administrativos.

24.5. O limite ora referido diz respeito ao aumento orçamentário destinado à OVG para pagamento à CONTRATADA, em razão do acréscimo no número de adesões ao plano de saúde — além da quantidade inicialmente estimada. Ressalta-se que os custos por pessoa, conforme faixa etária, permanecem inalterados, conforme proposta apresentada pela CONTRATADA durante o processo de contratação. Dessa forma, os valores finais (calculados com base no valor por colaborador multiplicado pelo número de colaboradores) poderão ser reajustados em decorrência da variação no número total de beneficiários.

25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA VIGÊNCIA

25.1. O presente ajuste terá **vigência de 05 (cinco) anos, com início em 10 de outubro de 2025**, podendo ser prorrogado nos termos do Regulamento de Compras desta Organização, mediante assinatura de Termo Aditivo, precedido de justificativa formal e comprovação da vantajosidade econômica para a OVG.

25.2. Nos contratos originalmente firmados por prazo superior a 12 (doze) meses, o Gestor do Contrato deverá comprovar a vantajosidade de sua manutenção no prazo de 03 (três) meses antes da data de aniversário do ajuste, conforme a alínea b) do item 15.4 do referido regulamento.

25.3. A CONTRATANTE reserva-se o direito de extinguir o contrato, sem ônus e sem aviso prévio, em caso de não renovação ou perda do Contrato de Gestão, ou quando entender que o contrato não lhe oferece vantagem, devendo, nessa última hipótese, notificar a CONTRATADA com até 30 (trinta) dias de antecedência da data de aniversário do ajuste.

25.4. Registros que não caracterizam alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo.

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

26. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

26.1. Fiscalizar e acompanhar a prestação do serviço/objeto contratual, comunicando à CONTRATADA toda e qualquer deficiência e/ou irregularidade relacionada com a entrega do objeto, diligenciando nos casos que exigirem providências corretivas;

26.2. Divulgar as informações sobre os planos ofertados pela CONTRATADA junto aos empregados;

26.3. Permitir o acesso dos profissionais da CONTRATADA às dependências da CONTRATANTE, mediante prévia autorização, com a finalidade de orientar os Beneficiários quanto aos procedimentos de utilização e às normas de funcionamento dos benefícios decorrentes do contrato firmado;

26.4. Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela CONTRATADA;

26.5. Avaliar o desempenho do preposto e, na eventualidade de quaisquer problemas, solicitar sua substituição, no que deverá ser prontamente atendida pela CONTRATADA;

26.6. Aferir a qualidade dos serviços prestados;

26.7. Cumprir os prazos acordados;

26.8. Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados, desde que autorizados e formalizados por meio de Termo Aditivo do Contrato;

26.9. Manter atualizados os seus dados cadastrais junto à CONTRATADA, para fins e efeitos das condições contratuais ora descritas;

26.10. Notificar à contratada, formalmente, caso a prestação de serviços estejam em desconformidade com o estabelecido neste Contrato e/ou Termo de Referência, para que essa proceda às correções necessárias.

27. CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

27.1. Executar o presente contrato em estrita conformidade com suas cláusulas e com a proposta ofertada no bojo do processo, bem como, com o Termo de Referência n.º 069/2025 (75901905) e Edital n.º 80/25 (76032614);

27.2. Reunir-se com o Gestor do Contrato e equipe técnica para a reunião de abertura do contrato;

27.3. Cumprir os prazos estabelecidos e aqueles que vierem a ser pactuados após a assinatura do contrato, conforme previsão no Termo de Referência;

27.4. Apresentar os relatórios previstos neste contrato, bem como aqueles que a CONTRATANTE identifique como necessário para acompanhamento dos serviços prestados;

27.5. Substituir o preposto em caso de solicitação da CONTRATANTE;

27.6. Disponibilizar canais de atendimento aos Beneficiários, “0800 24 horas”, *Chat*, *e-mail* e aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*, para atendimento e esclarecimentos aos Beneficiários, a ser utilizado durante toda a vigência do contrato;

27.7. Disponibilizar canal de comunicação direto para contato da CONTRATANTE, para fins de gestão do contrato;

27.8. Disponibilizar meios de realizar as adesões e exclusões de forma eletrônica;

27.9. Fornecer aos beneficiários, gratuitamente, a carteira de identificação personalizada (digital), cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o acesso aos direitos e vantagens do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, sendo seu uso exclusivo para a utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano;

27.10. Disponibilizar, gratuitamente, aos beneficiários, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas operadoras, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos), por meio virtual;

27.11. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica junto aos beneficiários por meio da CONTRATANTE;

27.12. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de saúde suplementar e com base no contrato com a CONTRATANTE;

27.13. Zelar pelos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;

27.14. Após a solicitação da CONTRATANTE, efetivar a movimentação cadastral, inclusão, exclusão e mudança de faixa etária de beneficiários;

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

27.15. Indicar aos beneficiários os programas de medicina preventiva disponíveis;

27.16. Disponibilizar para a CONTRATANTE as tabelas de valores atualizados dos planos disponibilizados, sempre que houver reajuste de valores;

27.17. Comunicar ao Beneficiário Titular e à CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a condição para a perda da qualidade de Beneficiário Dependente;

27.18. Proteger o sigilo médico dos beneficiários;

27.19. Cumprir os dispositivos da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, da Resolução Normativa n.º 557, de 14 de dezembro de 2022, ambas da ANS, bem como os demais normativos emitidos por essa Agência;

27.20. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

27.21. Cumprir os dispositivos da Resolução Normativa n.º 585, de 18 de agosto de 2023, que trata das alterações na rede assistencial hospitalar, especialmente no que se refere à substituição de entidades hospitalares e ao redimensionamento da rede por redução;

27.22. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à CONTRATANTE, devendo ressarcir imediatamente a CONTRATANTE em sua integralidade, ficando a CONTRATANTE autorizada a descontar dos pagamentos devidos à CONTRATADA, o valor correspondente aos danos sofridos;

27.23. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;

27.24. Todos os encargos decorrentes da execução do ajuste, tais como: obrigações civis, trabalhistas, fiscais, previdenciárias e quaisquer outras que incidam direta ou indiretamente ao objeto desta contratação, bem como de eventuais custos adicionais solicitados posteriormente, serão de exclusiva responsabilidade da contratada;

27.25. Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela OVG no que referir-se ao objeto, atendendo prontamente a quaisquer reclamações;

27.26. Providenciar a imediata correção das deficiências, falhas ou irregularidades constatadas, sem ônus para a OVG, caso verifique que as especificações não atendem o Termo de Referência n.º 069/2025 (75901905);

27.27. Comunicar, por escrito e imediatamente, ao fiscal responsável, qualquer motivo que impossibilite na regular execução do presente contrato, sob pena de responder por perdas e danos, sem prejuízo da aplicação das sanções contratuais e legais;

27.28. O vínculo empregatício será de inteira responsabilidade da contratada, respondendo por todos os atos praticados durante a execução dos serviços contratados, pelos empregados prestadores de seus serviços, inclusive na esfera civil, criminal e trabalhista, não acarretando qualquer ônus à contratante;

27.29. Manter durante a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as certidões ou comprovantes de regularidade jurídica, econômico-financeira, fiscal, previdenciária e trabalhista, exigidas por ocasião da habilitação no processo de aquisição;

27.30. Responder perante a CONTRATANTE, por qualquer ação que esta venha a sofrer em decorrência do objeto deste contrato, mesmo nos casos que envolvam eventuais decisões judiciais, eximindo-a de qualquer solidariedade ou responsabilidade;

27.31. Submeter-se a mais ampla e irrestrita fiscalização por parte da CONTRATANTE, acatando todas as determinações e orientações, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo às reclamações formuladas.

28. CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA – DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

28.1. A CONTRATADA poderá ser responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

a) Dar causa à inexecução parcial ou total do contrato;

b) Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;

c) Não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;

d) Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da contratação sem motivo justificado;

e) Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para a cotação ou a execução do contrato;

f) Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

g) Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da cotação.

28.2. Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas previstas no parágrafo anterior, as seguintes sanções:

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

a) Advertência;

b) Multa;

c) Rescisão contratual;

d) Impedimento/suspensão de contratar com a OVG, pelo período de até 02 (dois) anos.

28.3. A aplicação da sanção de multa no caso de **inexecução parcial** não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato.

28.4. O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a CONTRATADA à multa de 0,5% (cinco décimos por cento) ao dia de atraso, incidente sobre o valor do contrato, podendo acarretar sua rescisão unilateral.

28.5. Se o total das multas atingir valor igual a 30% (trinta por cento) do valor total deste contrato, este será rescindido de pleno direito, a exclusivo critério da CONTRATANTE, sem prejuízo da apuração de perdas e danos.

28.6. A sanção prevista no caso de **inexecução total** será calculada na forma do item 10.3 e impedirá a pessoa física/jurídica de contratar com a OVG pelo período de até 02 (dois) anos.

28.7. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela OVG ao contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada administrativa ou judicialmente.

28.8. As multas serão descontadas *ex officio*, de qualquer crédito da CONTRATADA existente na CONTRATANTE, em favor desta última. Na inexistência de créditos que respondam pelas multas, a CONTRATADA deverá recolhê-las nos prazos que a CONTRATANTE determinar, sob pena de cobrança judicial.

28.9. A aplicação das sanções não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à OVG.

28.10. Na aplicação das sanções previstas no item 10.2 dessa cláusula, será facultada a apresentação defesa do interessado no prazo de até 05 (cinco) dias, contados a partir da sua ciência.

28.11. Após as aplicações de penalidades cabíveis, serão adotadas as medidas necessárias para o registro do impedimento ou representação ao Ministério Público, conforme o caso.

28.12. As sanções previstas nesta cláusula poderão ser aplicadas cumulativamente, de acordo com a gravidade do inadimplemento.

29. CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA – DA RESCISÃO

29.1. A inexecução total ou parcial deste contrato ensejará sua rescisão, com as consequências contratuais e legais, reconhecidos os direitos da CONTRATANTE, especialmente quanto a lucros cessantes e perdas e danos.

29.2. A CONTRATANTE reserva-se o direito de rescindir este contrato, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba à CONTRATADA, direito a multa ou a indenização de qualquer espécie, quando ocorrer:

a) Falência, recuperação judicial ou dissolução da CONTRATADA;

b) Inadimplência de qualquer cláusula e/ou condição deste contrato por parte da CONTRATADA;

c) Subcontratação, cessão ou transferência do presente contrato;

d) Atraso, sem justificativa aceita pela CONTRATANTE, nos prazos estabelecidos para a execução dos serviços/fornecimentos;

e) Não recolhimento, nos prazos previstos, das multas impostas à CONTRATADA;

f) Descumprimento, pela CONTRATADA, das determinações da fiscalização da CONTRATANTE;

g) Caução ou utilização deste contrato para qualquer operação financeira, sem a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE;

h) Quando não for comprovada a vantajosidade econômica para sua manutenção;

i) Por exaurimento do seu objeto;

j) por exclusivo critério de conveniência e oportunidade da Contratante, a qualquer tempo, desde que devidamente justificado.

29.3. Se a CONTRATADA der causa à rescisão deste contrato, ficará sujeita à multa de 30% (trinta por cento) de seu valor, que será deduzida dos pagamentos a que tiver direito, respondendo ainda por perdas e danos decorrentes da rescisão contratual, caso em que o fornecimento realizado será pago de acordo com a fiscalização da CONTRATANTE.

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

30. CLÁUSULA TRIGÉSIMA – DA CESSÃO DO CONTRATO

30.1. São vedadas a cessão e a transferência deste contrato, a qualquer título, sob pena de rescisão, com sujeição da CONTRATADA às cominações nele previstas.

31. CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS TAXAS E IMPOSTOS

31.1. Qualquer alteração, criação ou extinção de benefícios fiscais ou de tributos (impostos, taxas ou encargos legais), de comprovada repercussão nos preços ora contratados, impossibilitando a execução deste instrumento, facultará às partes a sua revisão, para mais ou para menos, por mútuo e expresso acordo

32. CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA - DA PROTEÇÃO DE DADOS

32.1. Com a assinatura do presente termo, a CONTRATADA, declara, para todos os fins de direito e sob todas as penas da Lei, estar ciente e em conformidade com as políticas da OVG, bem como aceita e se submete às disposições abaixo transcritas:

32.1.1. Em respeito à Lei Complementar n.º 131, de 27 de maio de 2009, à Lei de Acesso à Informação (Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011, à Lei de Acesso à Informação no âmbito do Estado de Goiás (Lei n.º 18.025, de 22 de maio de 2013) e respectivo Decreto n.º 7.904, de 11 de junho de 2013, a Lei de participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos (Lei n.º 13.460, de 26 de junho 2017), do Decreto Estadual n.º 9.270, de 25 de janeiro de 2018 que assegura aos usuários dos serviços públicos o direito de apresentar manifestações e respectivas Instruções Normativas da CGE n.º 32/2016 e 02/2021, à Resolução Normativa n.º 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e, por fim, ao Contrato de Gestão n.º 001/2011 – SEAD, a CONTRATADA declara estar ciente que o presente contrato será publicado no site da OVG, em sua integralidade, com exposição pública dos dados pessoais do representante legal da empresa, para efeito de transparência, conforme determinado pelo ordenamento jurídico e pelo prazo estabelecido na Política de Retenção e Descarte de Dados Pessoais da OVG.

32.1.2. A publicação dos dados pessoais do representante legal da empresa, além de promover a transparência sobre a utilização dos recursos públicos, também comprova o atendimento do que determina o parágrafo único do art. 4º da Lei n.º 15.503/05, que proíbe a organização social de manter relacionamento comercial ou profissional com entidades privadas cujos dirigentes, sócios, gerentes colaboradores e/ou equivalentes sejam agentes públicos de poder, órgão ou entidade da administração pública estadual, bem assim com cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo, adotivo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º grau, de dirigentes e/ou equivalentes da organização social os quais detenham poder decisório.

32.1.3. As expressões aqui utilizadas terão os significados atribuídos na Lei n.º 13.709/18 (LGPD) e estão detalhadamente definidas na Política de Adequação de Contratos e outros Ajustes com Terceiros da OVG, as quais fazem parte do presente contrato independentemente de transcrição.

32.1.4. As partes deverão realizar o Tratamento de Dados Pessoais apenas nos limites necessários ao adequado tratamento, observadas as bases e requisitos legais da LGPD.

32.1.5. A OVG tratará os Dados Pessoais somente para executar as obrigações contratuais acordadas com a CONTRATANTE, para o cumprimento das normas jurídicas as quais se submete, haja vista a utilização de recurso público, ou outras aplicadas ao caso em específico, bem como as definidas em comum acordo pelas partes.

32.1.6. As partes deverão adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, conforme padrões de mercado.

32.1.7. Caso uma das partes, durante a realização de procedimentos relativos ao Tratamento de Dados Pessoais, cause a outrem dano patrimonial, moral, individual ou coletivo, em violação às determinações legais, a parte infratora será única e exclusivamente responsável pela reparação.

32.1.8. Caso o ônus acima mencionado seja arcado pela outra parte que não a infratora, fica assegurado à outra o direito de regresso, de forma ilimitada, para ressarcir quaisquer prejuízos causados.

32.1.9. As penalidades pelo descumprimento deste instrumento serão os mesmos estabelecidos na Cláusula das Penalidades, como rescisão, multa e impedimento de contratar com a OVG.

33. CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCEIRA – DA COMUNICAÇÃO ENTRE AS PARTES

33.1. A comunicação entre as partes deve se dar por meio de transmissão eletrônica de dados, ou seja, através de e-mail corporativo das partes.

34. CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUARTA – DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

34.1. A gestão/fiscalização do Contrato ficará a cargo do setor solicitante da contratação ou a quem a Diretoria indicar, será o responsável pela fiscalização da execução do seu objeto, utilização, pedido de reposição e nova contratação.

34.2. Cabe ao Gestor/Fiscal do Contrato fiscalizar, acompanhar e verificar sua perfeita execução, em todas as fases, até o recebimento do objeto, competindo-lhe, primordialmente, sob pena de responsabilidade:

a) anotar, em registro próprio, as ocorrências relativas à execução do Contrato e Ordem de Compras, inclusive com a juntada de documentos, em ordem cronológica, necessários ao bom acompanhamento do contrato, determinando as providências necessárias à correção das falhas ou defeitos observados com estabelecimento de prazo para a solução;

b) transmitir ao contratado instruções e comunicar alterações de prazos, cronogramas de execução e especificações do projeto, quando for ocaso, precedida de autorização expressa de sua Diretoria Direta/Imediata;

c) dar imediata ciência formal a seus superiores dos incidentes e das ocorrências na execução que possam acarretar a imposição de sanções ou a rescisão contratual;

d) adotar as providências necessárias para a regular execução do contrato, promovendo a medição e verificação dos serviços e fornecimentos já efetuados com a presença de representante do contratado e atestando as notas fiscais/faturas para o recebimento de pagamentos;

e) manter controle dos pagamentos efetuados e dos saldos orçamentários, físicos e financeiros do contrato;

f) verificar a qualidade dos bens e serviços entregues, podendo exigir sua substituição ou refazimento, quando não atenderem aos termos do que foi contratado;

g) esclarecer prontamente as dúvidas do contratado, solicitando, se necessário, parecer de especialistas;

h) manifestar-se formalmente a respeito da necessidade de adoção de providências visando um procedimento de prorrogação ou aquisição de bens e serviços, observadas as peculiaridades de cada objeto e os prazos exigíveis para cada situação, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias do término da sua vigência;

i) sendo possível a prorrogação, adotar providências visando a prorrogação do prazo contratual, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias do término da sua vigência;

j) fiscalizar o cumprimento da obrigação do contratado de manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, a regularidade das certidões exigidas, bem como o regular cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias.

34.3. O gestor e fiscal do Contrato responderão solidariamente sempre que houver negligência ou descumprimento de suas obrigações.

34.4. Em situações especiais, sobretudo as que requeiram maior complexidade de atuação do Gestor do Contrato, poderá ser designado, por meio de Portaria, uma comissão para auxiliar no cumprimento de suas obrigações.

34.5. A depender do objeto, poderá ser dispensado a função do Fiscal do contrato, mantendo somente a de Gestor, que realizará cumulativamente as funções de gestor e fiscal.

35. CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUINTA – DA LEI ANTICORRUPÇÃO

35.1. Na forma da Lei Federal n.º 12.846/13, regulamentada pelo Decreto Federal n.º 11.129/2022, para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, aceitar, de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto através de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção sob as leis de qualquer país, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma que não relacionada a este contrato.

36. CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEXTA - DA NÃO CONTRATAÇÃO DE MENORES

36.1. As partes declaram, sob as penas da Lei, para fins do disposto no inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal, que não empregam menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, à exceção dos menores de quatorze anos amparados pela condição de aprendiz.

37. CLÁUSULA TRIGÉSIMA SÉTIMA – DA AUSÊNCIA DO VÍNCULO

37.1. A CONTRATADA declara por meio da assinatura do presente ajuste que não possui, e nem os demais sócios da empresa, parentesco com cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º

Docusign Envelope ID: B4B1CE50-3BB0-4FED-AA02-5453AC866EE8

(terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão

38. CLÁUSULA TRIGÉSIMA OITAVA - DO FORO

38.1. As partes elegem, para dirimir qualquer controvérsia resultante deste contrato, o foro da Comarca de Goiânia, Estado de Goiás, prevalecendo sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justas e contratadas, assinam o presente.

39. CLÁUSULA TRIGÉSIMA NONA - DOS ANEXOS DO CONTRATO

39.1. Fazem parte integrante e inseparável deste contrato, independentemente de transcrição, os seguintes anexos:

I - Proposta de Adesão - Coletivo Empresarial - Contrato PJ Uniempresa CP 30 Enfermaria Plano de Ativos (Doc. 80180050);

II - Proposta de Adesão - Coletivo Empresarial - Contrato PJ Uniempresa CP 30 Enfermaria Plano de Inativos (Doc. 80180141);

III - Proposta de Adesão - Coletivo Empresarial - Contrato PJ Uniempresa CP 30 Apartamento Plano de Ativos (Doc. 80180241);

IV - Proposta de Adesão - Coletivo Empresarial - Contrato PJ Uniempresa CP 30 Apartamento Plano de Inativos (Doc. 80180337);

V - Termo de Inequívoco Conhecimento e Compromisso de Canal de Denúncias - Adryanna Leonor Melo de Oliveira Caiado (Doc. 80180427);

VI - Termo de Inequívoco Conhecimento e Compromisso de Canal de Denúncias - Jarmund Nasser Júnior (Doc. 80180421);

VII - Proposta de Preços Pessoa Jurídica (Doc. 80180494);

VIII - Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Plano Coletivo Empresarial – Uniempresa CP 30 Enfermaria – 479.603/17-9 (Doc. 79797968);

IX - Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde Plano Coletivo Empresarial – Uniempresa CP 30 APTO Apartamento – 479.602/17-1 (Doc. 79798513);

X - Aditivo Contratual n.º 01 (Condições Gerais do Plano de Assistência à Saúde – Plano Coletivo Empresarial Uniempresa CP 30 Enfermaria – 479.603/17-9 e Uniempresa CP 30 Apartamento – 479.602/17-1) (Doc. 80180770);

XI - Guia de Leitura Contratual (Doc. 79799489);

XII - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (Doc. 79799786).

39.2. Os anexos possuem a mesma força obrigatória que as cláusulas contratuais

39.3. Havendo controvérsia entre o presente contrato e os documentos anexos, especialmente, as condições gerais do plano de saúde contratado, serão considerados e prevalecerão o texto deste contrato principal.

Assinado por: Adryanna Leonor Melo de Oliveira Caiado 3CFBEF328A5D459...
Adryanna Leonor Melo de Oliveira Caiado
Diretora Geral

Assinado por: JARMUND NASSER JUNIOR BC023AA9D50F4EE...
Jarmund Nasser Júnior
Diretor Administrativo e Financeiro

Signed by: Dr. Lueiz Amorim Canedo 796AA19E050F409...
Lueiz Amorim Canedo
Diretor Presidente

DocuSigned by: Frederico Moraes Xavier 02F5ADDF8C9841A...
Frederico Moraes Xavier
Diretor de Mercado