

Registro ANS: 414913 **C.N.P.J:** 81.140.873/0001-00

Razão Social: ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE

Plano: Plano Básico 1

Registro: 459.883/09-1

Data de Registro: 25/5/2009

Instrumento Jurídico

I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA – Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville, Operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente Vitaserv, inscrita no CNPJ/MF sob nº 81.140.873/0001-00, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. 41491-3 e classificada na modalidade Autogestão, com sede na Avenida Doutor Paulo de Medeiros, n. 421, Centro, nesta cidade e comarca de Joinville. De acordo com os atos constitutivos, na forma das Resoluções Normativas 137 e 148 editadas pela ANS, trata-se de autogestão sem mantenedor, com patrocínio, doravante denominada de Contratada.

II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

_____, filho (a) de _____ e _____ nascido (a) em ____/____/____ inscrito (a) no Cadastro de Pessoa Física sob nº _____ Portador (a) da Cédula de Identidade nº _____, expedido pelo órgão **SSP-SC**, residente: a Rua: _____ nº ____ BAIRRO _____ **SC**, **CEP** _____ doravante denominada de Contratante ou Beneficiário Titular.

III - OBJETO DO CONTRATO

O objeto deste Instrumento Jurídico é a prestação continuada de serviços de assistência à saúde, por prazo indeterminado, na forma de plano privado, visando a cobertura das despesas decorrentes de assistência médico e hospitalar, de natureza clínica, cirúrgica e obstétrica, com exames complementares, serviços auxiliares de diagnose e de terapia, com tratamentos especializados e procedimentos especiais, dentro da área de abrangência geográfica contratada, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos Médicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, para a segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia destinada aos servidores públicos municipais, dos Poderes Legislativo e Executivo, integrantes da Administração Direta e Indireta, das Fundações e das Autarquias, bem como os empregados da Associação e seus familiares.

IV - NATUREZA DO CONTRATO

É o presente Instrumento Jurídico, com características de um contrato de adesão, um instrumento que dispõe sobre as regras e diretrizes de um plano de assistência à saúde, destinado aos servidores públicos municipal, dos Poderes Legislativo e Executivo, integrantes da Administração Direta e Indireta, das Fundações e Autarquias, bem como os empregados da Associação dos Servidores Públicos do Município de Joinville – ASPMJ e Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville – VITASERV e seus familiares, por meio de adesão e que possui patrocinador financeiro.

Desta forma, iniciam-se os direitos e as obrigações das partes, sendo certo que o aderente ao plano, ou seja, beneficiário titular e seus dependentes serão incluídos por parte da administração do plano 24 (vinte e quatro) horas após o débito em folha de pagamento da primeira Taxa de Manutenção condicionada ainda à devolução pelo beneficiário da documentação a ele entregue, inclusive o questionário para "Entrevista Qualificada", devidamente respondida que deverá ser entregue após a assinatura deste instrumento, portanto, poderá utilizar os serviços oferecidos neste Instrumento Jurídico somente após o primeiro pagamento da Taxa de Manutenção (primeiro desconto em folha de pagamento).

O prazo mencionado anteriormente poderá ser prorrogado caso seja necessário, a critério da administração do Plano de Saúde, quanto à realização de exames clínicos, ou perícias, assim como seja declarado, pelo beneficiário, ao responder o questionário para "Entrevista Qualificada" que ele ou seus dependentes, possuam alguma doença ou lesão, que possam ensejar o agravamento do valor da contribuição mensal ou a cobertura parcial temporária.

V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Este plano é denominado comercialmente de Plano Básico 1 e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 459.883/09-1.

VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação do presente plano é Coletivo por Adesão.

O plano cujo Tipo de Contratação é Coletivo por Adesão, é aquele oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tendo adesão espontânea e opcional de funcionários e associados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependente.

VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O Tipo de segmentação assistencial do Plano Privado de Assistência à Saúde ora contratado é: Ambulatorial + Hospitalar com obstetria.

VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

As coberturas previstas no plano contratado aplicam-se para os eventos cobertos ocorridos na abrangência geográfica da operadora, Municipal.
Município: Joinville/SC.

IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de acomodação é coletiva.

Havendo indisponibilidade de leito hospitalar coletivo nos estabelecimentos credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

São considerados beneficiários titulares do Plano, os servidores públicos municipais, dos Poderes Legislativo e Executivo, investidos em cargos públicos regidos pelo Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Joinville, assim como os empregados da Associação dos Servidores Públicos do município de Joinville - ASPMJ e Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville.

DOS DEPENDENTES:

São as pessoas físicas, indicadas em proposta de adesão firmada pelo usuário, desde que observados os vínculos e exigências abaixo:

- a) cônjuge;
- b) filhos (as) até 24 anos;
- c) filhos (as) solteiros (as) incapaz, assim declarado judicialmente;
- d) Equipara-se à condição de cônjuge, o (a) companheiro (a) assim declarado e que satisfaça as exigências da legislação civil em vigor, mediante avaliação pela administração do plano.

Poderão ser incluídos, beneficiários dependentes, posteriormente à manifestação pela adesão ao plano pelo titular, desde que na presença cumulativa, dos seguintes requisitos:

- a) as contribuições mensais deverão estar rigorosamente em dia;
- b) o beneficiário titular deverá assinar Termo Aditivo de Inclusão de dependente;

Em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Regulamento.

Os filhos dos beneficiários titulares inscritos no Plano, nascidos ou adotados (recém-nascidos) na vigência do presente, terão direito à cobertura assistencial prevista neste Regulamento, durante os trinta (30) primeiros dias de vida e, se no Plano incluídos até trinta (30) dias após a data do nascimento, ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carências, além de, quando nascidos de partos cobertos pelo Plano, não estarão sujeitos à alegação de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando às coberturas parciais temporárias ou agravos no valor da contribuição mensal.

Em caso de inscrição de filho (s) do beneficiário titular, menores de doze (12) anos de idade, adotados durante a vigência do Plano, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário-adotante.

XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde /10º Revisão - CID 10, conforme Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações.

Cobertura Ambulatorial

A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e atualizações.

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou Buco-Maxilo-Facial devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido pela ANS e com indicação do médico assistente;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido pela ANS, que serão realizados por psicólogo conforme indicação do médico assistente;

V - cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano, que serão realizados por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

VI - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;

VII - 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;

VIII - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

c) radioterapia;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial;

e) hemoterapia ambulatorial; cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

IX - tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos

recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

I - cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

II - cobertura de um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

III - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;

IV - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

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

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

i) fisioterapia;

j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

IX - cobertura de 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.

X - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;

XI - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

XII - inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do contratante, como dependente, isenta do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

XIII - todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, incluindo:

a) o custeio integral, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

b) o custeio integral, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

c) cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;

d) para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID - 10, ao beneficiário terá assegurado 180 (cento e oitenta) dias por ano de tratamento em regime de hospital-dia.

e) procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

XIV - transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;

a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;

a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, 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.

c) É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - 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.

XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos de todas as coberturas deste plano de assistência, os tratamentos/despesas decorrentes de:

I- Casos de cataclismas, guerra e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

II- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

III- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

IV- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

V- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

VI- Inseminação artificial;

VII- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VIII- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

IX- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

X- Tratamentos em clínicas de emagrecimento, (exceto cirurgia para os tratamentos de obesidade mórbida) clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XI- Transplantes à exceção de córnea e rim;

XII- Medicina Ocupacional

XIII - VIGÊNCIA

(O presente contrato terá início em ____/____/201__, vigorando pelo prazo mínimo de um ano).

XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Este Instrumento Jurídico terá renovação automática, após 12 (doze) meses de vigência, por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada à incidência de qualquer período adicional de carência.

XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar após o primeiro desconto da contribuição mensal em folha de pagamento do beneficiário, que será procedido pela Secretaria de Gestão de Pessoas da Prefeitura Municipal de Joinville, e após cumpridos os seguintes prazos de carência:

- Urgência e Emergência: 24 horas;
- Consultas: 30 dias;
- Exames complementares e procedimentos auxiliares ambulatoriais: 60 dias;
- Exames e Procedimentos que necessitem de autorização prévia para sua realização: 180 dias;
- Terapias: 120 dias;
- Internações Hospitalares: 180 dias e,
- Parto a termo: 300 dias.

Parágrafo Único - As carências serão contadas a partir do início da vigência do contrato.

XVI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O proponente titular deste Contrato preencherá uma declaração de saúde por si e por seus dependentes, sendo a este permitido optar por orientação médica para responder as questões, escolhendo um profissional cujo nome conste da Relação de Credenciados da operadora, sem qualquer ônus. Caso o proponente titular opte por médico não constante da referida relação este arcará com o ônus decorrente dessa opção.

DO COMPORTAMENTO FRAUDULENTO:

Será considerado como comportamento fraudulento a omissão de doença ou lesão preexistente de conhecimento prévio do proponente titular ou de qualquer de seus dependentes, podendo a Contratada comprovar tal fato, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, utilizando-se de qualquer meio de prova admitido em Direito, sendo o usuário titular imediatamente notificado por escrito pela operadora, para que se manifeste em 5 (cinco) dias e observados os seguintes procedimentos:

I-Caso o usuário titular não concorde com a alegação, a Contratada encaminhará a documentação pertinente à Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação;

II- Se solicitado pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar, o usuário titular deverá remeter documentação necessária para instrução do Processo Administrativo;

III- Após julgamento e acolhida a alegação da operadora pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar, o usuário titular passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação por parte da operadora.

IV- Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão das coberturas contratadas até o resultado do julgamento pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo Único - Caso o beneficiário não se manifeste a respeito da notificação, dentro do prazo especificado no "caput" desta cláusula, a CONTRATANTE, à revelia do usuário, enviará as informações disponíveis à ANS, requerendo o cancelamento do contrato.

DA DOENÇA PRÉ-EXISTENTE:

Sendo constatada pela operadora, a existência de lesão ou doença pré-existente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de mesma:

I- "Cobertura Parcial Temporária", cujo prazo será estipulado pela operadora na proposta de adesão e que será no máximo 24 (vinte e quatro meses). Findado o prazo estipulado, a cobertura do plano passará a ser integral, não cabendo qualquer tipo de agravo por doença ou lesão preexistente;

II- "Agravo", qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde.

Parágrafo Único - A escolha de uma das alternativas acima dependerá exclusivamente de decisão do proponente titular por meio de declaração expressa, constante da proposta de adesão.

No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

Caso este numero seja menor que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em

casos de doenças ou lesões preexistentes.

XVII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para os beneficiários devidamente inscritos no Plano, está garantido o atendimento, em regime ambulatorial e de internação para os casos de urgência e emergência.

Parágrafo Primeiro - Para fins do previsto neste artigo, entende-se por emergência, todos aqueles casos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo Segundo - Os atendimentos a que se refere o presente artigo estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação à vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observado o disposto nos parágrafos seguintes.

Parágrafo Terceiro - Os casos de urgência e emergência ocorridos durante o prazo de cobertura parcial temporária de doença ou lesão preexistente, assim definida no artigo 16, terão cobertura, EM REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

Parágrafo Quarto - Os casos de urgência, estes decorrentes de complicações no processo gestacional, e de emergência ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência previstos neste Regulamento, terão cobertura, REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

Parágrafo Quinto - Os casos de urgência, decorrentes de acidente pessoal, ocorridos durante o cumprimento de prazos de carência, terão o seu atendimento integralmente cobertos pelo Plano, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao plano.

Parágrafo Sexto - Para os casos previstos nos parágrafos terceiro e quarto, transcorridas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, a responsabilidade da Operadora cessará, sendo certo que caso o atendimento evolua para internação hospitalar, a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do beneficiário.

Parágrafo Sétimo - Quando do atendimento referido no parágrafo sexto, houver evolução para internação, o beneficiário terá direito, sob a responsabilidade do Plano, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS, exceto na hipótese dos beneficiários optarem, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente.

Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela operadora, dentro da abrangência geográfica, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os limites praticados pela Operadora com a Rede Credenciada, ou seja, com base nos valores praticados pela Tabela CBHPM- 3ª edição, para honorários médicos e Tabela AMB com CH de 0,24 para exames e procedimentos diagnósticos.

O reembolso das despesas disposto neste artigo será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à administração do Plano, com o devido desconto da coparticipação, quando devida, pelo beneficiário, da seguinte documentação:

I - via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada (Recibos e Notas Fiscais);

II - conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

III - relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;

IV - declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

Nos casos de utilização dos serviços para a cobertura dos quais o Plano não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais próprios ou credenciados para a sua realização, na localidade onde vier a ocorrer o evento coberto, a administração do Plano procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário titular e/ou seu dependente, nos termos do artigo anterior.

XVIII – REMOÇÃO

Fica garantida a remoção, comprovadamente necessária, de paciente, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS quando o beneficiário estiver em carência ou envolver acordo de Cobertura Parcial Temporária, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da operadora pela remoção do paciente somente cessará quando efetuado o registro do mesmo na unidade do SUS.

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

Quando a remoção não puder ocorrer por risco de vida, o beneficiário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

XX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para fins de cobertura prevista neste Regulamento os beneficiários inscritos no Plano de Saúde, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico próprio ou credenciado pelo plano, e em estabelecimentos de saúde, também por ele credenciados, cabendo a eles toda a responsabilidade pelo tratamento instituído.

Deve ser entendido como "Coparticipação", a participação nas despesas assistenciais a serem pagas pelo beneficiário, diretamente à CONTRATADA, após a realização do procedimento.

O percentual devido sobre o valor total dos serviços e procedimentos ambulatoriais descritos em Tabela Própria do Plano Básico 1, o valor da coparticipação será de 30% até o limite máximo de R\$70,00 (setenta reais) por exame de diagnóstico ou procedimentos.

Para todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares haverá coparticipação de 30% até o limite de R\$ 70,00 (setenta reais), por cada procedimento. O valor do limite será reajustado anualmente, de acordo com o que for determinado pelo Cálculo Atuarial.

ROTINA DE ATENDIMENTO:

Para fins de cobertura prevista neste Regulamento os beneficiários inscritos no Plano de Saúde, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico próprio ou credenciado pelo plano, e em estabelecimentos de saúde, também por ele credenciados, cabendo a eles toda a responsabilidade pelo tratamento instituído.

Para a utilização dos serviços previstos neste Regulamento, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, credenciado pelo Plano, o Cartão de Identificação do beneficiário, mencionado no artigo 5º, além do documento de identidade do beneficiário paciente.

Em caso de internação e exames auxiliares de diagnóstico e tratamento, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados neste artigo, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela administração do Plano.

O beneficiário titular obriga-se a devolver no ato, em caso de exclusão à administração da Operadora, os cartões de identificação dos beneficiários deste Plano, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constante do presente Regulamento.

Pelas mesmas penas, responderá o (a) beneficiário (a), em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, sem a comunicação imediata e por escrito à administração do plano de saúde, para que esta tome as providências cabíveis.

A segunda via do cartão de identificação terá um custo de R\$ 5,00 (cinco) reais por cartão, podendo este valor ser reajustado anualmente.

As internações feitas em caráter de emergência deverão ser comunicadas à administração do Plano até o primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sob pena da não cobertura das despesas resultantes do atendimento.

A divulgação da rede de prestadores se dará através do Manual de Orientação do Beneficiário parte integrante deste regulamento.

A substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do "Manual de Orientação do Beneficiário", poderá ser efetivada, desde que, por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

Quando houver a substituição de entidade hospitalar, a administração do Plano, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, deverá disso dar ciência escrita aos beneficiários titulares, com antecedência mínima de trinta (30)dias.

A administração do plano poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei n.º 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais indicados no referido "Manual de Orientação do Beneficiário".

Em ocorrendo as substituições a que aludem os artigos anteriores, os beneficiários terão direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede assistencial do Plano.

Se a substituição de estabelecimento hospitalar ocorrer durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no Plano, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, e as despesas apuradas correrão por conta do plano.

Se durante a internação do beneficiário, ocorrer a substituição de estabelecimento hospitalar, em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, proceder-se-á a transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento hospitalar equivalente, sem qualquer ônus adicional para o mesmo.

Os contratos com os prestadores de serviços pertencentes à rede assistencial do Plano de Saúde, serão firmados pela administração do plano, através do Presidente e Gerente do Vitaserv - Planos de Saúde.

A fiscalização da assistência prestada nos termos deste Instrumento Jurídico será procedida pela administração do plano, através da Gerência do Vitaserv - Planos de Saúde, que em caso de irregularidade cometida comunicará o Presidente e ao Conselho de Administração do Vitaserv.

Constatada qualquer irregularidade ou inadequação do serviço, será instaurada sindicância, por ato do Presidente da Diretoria Executiva da Associação de Assistência à Saúde do Município de Joinville ou do Conselho de Administração do Vitaserv - Plano de Saúde.

As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do corpo clínico próprio e/ou credenciado do plano, exceto nos casos de urgência e emergência, e os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente integrante do corpo clínico, nos casos eletivos, indicado no "Manual de Orientação do Beneficiário". Se o beneficiário continuar hospitalizado após a alta médica, prevista no artigo anterior, passará a correr, inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

XXI - FORMAÇÃO DE PREÇO

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são pré-estabelecidos.

XXII - PAGAMENTO DA MENSALIDADE

O Plano de Autogestão da Associação dos Servidores Públicos do Município de Joinville será financiado pelas contribuições mensais pagas pelo Convênio com a Prefeitura Municipal de Joinville e pelo beneficiário titular e seus dependentes.

Em caso de rescisão do contrato de patrocínio (convênio) com a Prefeitura Municipal de Joinville, deverá o beneficiário titular arcar com o preço total do plano de saúde.

A contribuição que o beneficiário titular pagará diretamente em sua folha de pagamento ou à administração do Plano de Autogestão decorrente deste Instrumento Jurídico será devida por si e pelos demais beneficiários, individualmente inscritos no Plano, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na Ficha de Inscrição, respectiva, respeitadas as faixas salariais e etárias dos beneficiários inscritos e sua proporção no valor global e será denominada de contraprestação.

A contribuição mensal, que é cobrada pelo sistema de pré-pagamento, vencendo-se na data indicada na Ficha de Inscrição, será reajustada, independentemente da idade ou faixa salarial ou etária em que se enquadrar o Beneficiário titular e/ou seus dependentes inscritos no plano, de acordo com a efetiva variação dos custos médicos e hospitalares, apurada conforme equação econômica, aplicável à estrutura de custos da administração do plano, adotando-se como referência o índice estabelecido e autorizado pela Agência Nacional de Saúde - ANS.

A Contraprestação Pecuniária que o Beneficiário Titular pagará ao Plano de Autogestão, decorrente da coparticipação prevista neste Regimento será cobrada em folha de pagamento juntamente com a Contra-Prestação e denomina-se TAXA DE COPARTICIPAÇÃO e será devida sempre que um Beneficiário devidamente inscrito fizer utilização das Coberturas Ambulatoriais, ou seja, consultas e exames de diagnósticos descritos neste Regulamento.

O recebimento do valor das contribuições mensais será feito, a critério da administração do Plano:

I - mediante desconto em folha de pagamento, que expressamente autorizado pelo beneficiário titular na Ficha de Inscrição, para servidores ativos e inativos;

II - mediante emissão de carnê ou boleto bancário, em casos específicos em que não houver possibilidade de descontar em folha.

O não recebimento do carnê ou outro instrumento de cobrança não desobriga o beneficiário de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

Os pagamentos deverão ser feitos até o dia 10 (dez) de cada mês, escolhido na Ficha de Inscrição, ou no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em dia feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela administração do plano.

O recebimento de parcelas em atraso constituirá mera tolerância pela administração do Plano.

Os Poderes Legislativo e Executivo Municipal ficam obrigados a repassar os valores provenientes de desconto em folha de pagamento, bem como os subsídios ao Plano, no primeiro dia útil posterior ao pagamento dos vencimentos dos seus servidores.

O pagamento antecipado das contribuições mensais não elimina nem reduz os prazos de carência previstos neste Regulamento.

Para os casos de atrasos no pagamento das contribuições mensais, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da Taxa de Manutenção, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia.

O pagamento da contribuição referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

O atraso no pagamento das contribuições mensais do plano, por período superior a sessenta (60) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze (12) meses de permanência no Plano, implicará na exclusão automática do beneficiário juntamente com seus dependentes, desde que a administração do Plano tenha comunicado sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso, cumulado ou consecutivo.

Em caso de eventual impugnação decorrente dos valores cobrados das contribuições mensais, deverá o beneficiário apresentar manifestação por escrito, dentro de quinze (15) dias contados da data de recebimento da cobrança, junto à administração do Plano.

XXIII - REAJUSTE

A contribuição mensal e a taxa de coparticipação sofrerão aumento decorrente da impactação de custo dos Planos de Saúde, de fatores incontornáveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos por este Regulamento; ou de procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor, além daqueles advindos de mudança da legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência ou da utilização dos serviços.

A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente, desde que as necessidades exijam, e sua aplicação será comunicada à ANS.

Esta impactação da apuração do percentual, será baseada em cálculos elaborados pelo Atuário do Vitaserv.

Ocorrendo alteração de faixa salarial ou etária de qualquer beneficiário inscrito no Plano, a contribuição mensal será reajustada, no próprio mês da ocorrência, de acordo com as Faixas Etárias e Salariais.

É vedado o aumento por mudança de faixa etária, para o beneficiário com mais de sessenta (60) anos de idade.

XXIV - FAIXAS ETÁRIAS

Ocorrendo alteração na idade do beneficiário, que signifique deslocamento automático para outra faixa etária, esta será considerada para efeito de cobrança de contraprestação, obedecendo a tabela abaixo e respectivos percentuais, os quais serão aplicados sempre sobre o valor da mensalidade que prevalecia no mês da mudança de faixa etária, prevalecendo o novo preço a partir do mês da mudança.

Serão adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

NÚMERO DE ORDEM FAIXA ETÁRIA PERCENTUAL DE ACRÉSCIMO

1 ATÉ 18 ANOS

2 DE 19 ATÉ 23 ANOS ____%

3 DE 24 ATÉ 28 ANOS ____%

4 DE 29 ATÉ 33 ANOS ____%

5 DE 34 ATÉ 38 ANOS ____%

6 DE 39 ATÉ 43 ANOS ____%

7 DE 44 ATÉ 48 ANOS ____%

8 DE 49 ATÉ 53 ANOS ____%

9 DE 54 ATÉ 58 ANOS ____%

10 59 ANOS OU MAIS ____%

XXVI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Aos beneficiários TITULARES, com vínculo empregatício com os Poderes Legislativo e Executivo, ou com a Associação dos Servidores Públicos do Município de Joinville – ASPMJ e Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville, que tenham contribuído para o presente Plano de Autogestão, desligados do quadro de pessoal, POR HAVEREM SIDO DISPENSADOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiários, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do vínculo de emprego, desde que assumam o pagamento integral, já que o patrocinador, ou seja, a Prefeitura Municipal de Joinville estará desobrigada de manter o subsídio nesses casos, logo, deverá o beneficiário titular arcar com a totalidade do preço do plano de saúde, obrigatoriamente junto com seus dependentes, inscritos como tais.

I - A permanência no Plano a que se refere o parágrafo primeiro deste artigo está vinculada aos seguintes prazos:

a) um terço do tempo de contribuição para o plano, sendo assegurado, um período mínimo de seis meses e máximo de vinte e quatro meses.

II - A opção por permanecer no Plano, nos termos deste parágrafo, deverá ser manifestada pelo ex-empregado, até 30 dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação formalizada no ato da rescisão do vínculo de emprego.

Parágrafo Segundo - Aos beneficiários TITULARES, com vínculo empregatício com os Poderes Legislativo e Executivo, ou com as ASSOCIAÇÕES, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal, POR HAVEREM ADQUIRIDO DIREITO A APOSENTADORIA, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiários, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do vínculo de emprego, desde que se submetam à regulamentação abaixo, obrigatoriamente, junto com seus dependentes, inscrita como tal.

I - A permanência no Plano a que se refere o parágrafo segundo deste artigo está vinculada aos seguintes prazos:

a) por prazo indeterminado, se o aposentado prestou serviço ao município de Joinville por período igual ou superior a 10 (dez) anos;

b) um ano para cada ano de prestação de serviço prestado ao município de Joinville, se o aposentado prestou serviço ao município de Joinville, por período inferior a dez (10) anos.

II - A opção por permanecer no Plano nos termos deste parágrafo, deverá ser manifestada pelo ex-empregado, até 30 dias após o seu desligamento, em resposta à comunicação formalizada no ato da rescisão do vínculo de emprego.

Parágrafo Terceiro - A opção por permanecer no Plano "VITASERV", nos termos dos parágrafos primeiro e segundo deste artigo, deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego.

Parágrafo Quarto - Em caso de morte do beneficiário titular, durante o gozo dos benefícios previstos nos parágrafos primeiro e segundo deste artigo, os seus dependentes inscritos no Plano terão direito de permanência, durante os períodos fixados e mediante o pagamento da respectiva contribuição mensal a eles correspondente.

Parágrafo Quinto - Para fins do disposto nos parágrafos primeiro e segundo deste artigo, não é considerada contribuição, a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar, e ainda, o pagamento de eventuais diferenças, por opção do beneficiário, por outro padrão de conforto nos casos de internação hospitalar.

XXVII - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

Serão considerados aptos para adesão ao plano de saúde da operadora os servidores públicos municipais, dos Poderes Legislativo e Executivo, integrantes da Administração Direta e Indireta, das Fundações e das Autarquias, bem como aos empregados da Associação dos Servidores Públicos do Município de Joinville – ASPMJ e Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville, e juntamente com os seus dependentes.

XXVIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

O (s) beneficiário (s) titular e dependente (s) será (ão) excluído (s) do Plano de Saúde, nas seguintes hipóteses:

I - por sua própria vontade, mediante comunicação prévia por escrito, desde que cumprido o prazo mínimo de doze meses de permanência e formulado com antecipação de trinta (30) dias;

II - por fraude ou dolo;

III - por demissão ou exoneração dos beneficiários titulares de cargos públicos regidos pelo Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Joinville, dos Poderes Legislativo e Executivo, assim como os empregados da Associação dos Servidores Públicos do Município de Joinville – ASPMJ e Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville.

V - por atraso no pagamento das contribuições mensais por mais de sessenta (60) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de inclusão no Plano.

A fraude em documento ou informação acarretará a imediata exclusão do beneficiário titular e seus dependentes, nos termos da legislação vigente, não lhes assistindo o direito a devolução de qualquer quantia paga.

Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas neste Regulamento, o (s) beneficiário (s) poderá (ão) ser excluído(s), independente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, nas seguintes hipóteses:

I - sempre que, por fraude obtiver o beneficiário e/ou seus dependentes qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da administração do plano;

II - atraso, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de permanência no Plano, na quitação das contribuições mensais previstas neste Instrumento Jurídico.

Os valores correspondentes às contribuições mensais devidas pelo beneficiário admitem a natureza de dívida líquida, certa e exigível, podendo ser cobrada inclusive por processo de execução. Aplica-se este dispositivo nas hipóteses de uso indevido dos serviços previstos neste Regulamento, bem como pelos serviços não cobertos e por utilização dentro dos prazos de carência.

No caso de extinção do Plano de Saúde, os recursos líquidos remanescentes, se houver, serão utilizados nos atendimentos dos demais serviços previstos no Regimento Interno e no Estatuto da Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville.

Antes de promover qualquer ação judicial contra terceiros, o beneficiário que se julgar prejudicado em relação à assistência promovida pela Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville através do Plano de Saúde, deverá preliminarmente dirigir-se, por escrito, à gerência do Plano de Saúde Vitaserv, aguardando solução de sua reclamação por trinta dias.

XXIX - RESCISÃO

Não se aplica a esta Operadora, por se tratar de AUTOGESTÃO.

XXXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

As alterações no quadro efetivo ou temporário dos servidores públicos municipais, decorrentes de admissões, demissões ou exonerações, serão comunicadas pela Secretaria de Gestão de Pessoas da Prefeitura Municipal de Joinville à administração do plano, no mesmo dia em que ocorrer o fato.

A movimentação dos recursos financeiros do Plano de Saúde será feita em conta bancária individualizada.

O Plano de Saúde será administrado pela Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville - VITASERV, a qual designará um Gerente para o Plano, bem como equipe técnica/administrativa e Conselhos de Administração e Fiscal.

Compete à Diretoria:

I - supervisionar o Plano de Saúde "VITASERV", fazendo cumprir este Instrumento Jurídico em consonância com o Regimento Interno da ASSOCIAÇÃO;

II - Instituir um conselho de administração e um conselho fiscal composto por usuários do plano de saúde;

III - Decidir, juntamente com o Conselho de Administração do plano, os casos não previstos neste Regulamento.

XXXII - ELEIÇÃO DE FORO

Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o foro da comarca de domicílio de Joinville - Santa Catarina.

E assim, por estarem certos e contratados, assinam o presente instrumento em 2 vias, com o mesmo conteúdo e forma para efeitos legais.

Joinville, ____ de _____ de 201__.

Associação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Joinville

Operadora

Beneficiário Titular