

P.B.H. - ATIVOS S/A
REGISTRADO

Livro nº 02

Fls.: 47 (verso) reg. 052/2021

01/12/2021 At. 000062

CONTRATO Nº 008/2021

Processo PBH Ativos S.A. nº 09.21.715

Contrato de prestação de serviços que entre si celebram a Empresa PBH ATIVOS S.A. e a UNIMED Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico.

A PBH ATIVOS S.A., sociedade de economia mista, com sede na Rua Espírito Santo nº 605 – 10º andar – Centro - Belo Horizonte/MG – CEP:30.160-919, CNPJ/MF sob o nº 13.593.766/0001-79, neste ato representada por seu Diretor Presidente Pedro Meneguetti, CPF sob o nº 418.354.846-20, e pela sua Diretora Executiva, Soraya de Fátima Mourthé Marques Lage, CPF sob o nº 441.021.276-15, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a UNIMED Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico, estabelecida Rua dos Inconfidentes, nº 44, Bairro Funcionários, Belo Horizonte/MG, CNPJ sob o nº 16.513.178/0001-76, representada pelo seu Diretor Presidente Samuel Flam, CPF sob o nº 315.712.556-72, e pela sua Diretora Comercial e MKT Maria das Mercedes Quintão Froes, CPF sob o nº 318.915.786-34, neste ato denominada **CONTRATADA**, celebram o presente contrato decorrente do Chamamento Público 001/2021, processo administrativo da PBH nº 01.018889.21.06 e Processo Administrativo PBH Ativos S.A. nº 09.21.715, em conformidade com a Lei Federal nº 13.303/2016 e demais legislações aplicáveis, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Constitui objeto do presente contrato o credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na ANS para prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação e odontológica, com coparticipação, de abrangência para região metropolitana Belo Horizonte, aos agentes públicos do Município de Belo Horizonte, ativos e inativos, da Administração direta e indireta do Poder Executivo, do Poder Legislativo e da PBH Ativos S.A., bem como aos respectivos dependentes e pensionistas, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano/seguro por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados, conforme anexos deste Contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA: DO REGIME DE EXECUÇÃO

O regime de execução deste contrato será empreitada por preço unitário.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO RECURSO FINANCEIRO

O custo deste CONTRATO ocorrerá por disponibilidade financeira da CONTRATANTE, nos termos do art. 12 da Lei Municipal nº 10.003 de 25 de novembro de 20210.

CLÁUSULA QUARTA: DO VALOR

Rua Espírito Santo, nº 605 – 10º andar – Centro - CEP: 30.160.919 - Belo Horizonte | MG
☎ +55 31 3246.7044 ✉ contato@pbhativos.com.br CNPJ: 13.593.766/0001-79



Emerson Pinto Queiroz
Gerente de Relacionamento com
Cliente Corporativo
Unimed - BH

- 4.1. O valor dos contratos decorrentes do presente credenciamento será a soma dos valores unitários de cada tipo de plano, e de acordo com as características e regras de cada plano o interesse dos agentes públicos em aderir a algum plano de saúde ou odontológico.
- 4.2. Considerando ainda a forma de pagamento: despesa com subsídio será orçamentária e a despesa de custeio por parte do agente público será extra orçamentária.
- 4.3. O valor estimado mensal do subsídio para a contratação é de R\$ 3.494,00 (três mil, quatrocentos e noventa e quatro reais)
- 4.4. O valor estimado das despesas para contratação para o período de 12(doze) meses será de R\$ 41.928,00 (quarenta e um mil, novecentos vinte e oito reais).
- 4.5. O presente contrato terá os seguintes valores unitários por plano e por faixa etária:

PLANO 1 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – ENFERMARIA – REDE PREFERENCIAL		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1ª	00 a 18 anos	R\$ 65,08 -
2ª	19 a 23 anos	R\$ 78,07 -
3ª	24 a 28 anos	R\$ 96,83 -
4ª	29 a 33 anos	R\$ 120,06 -
5ª	34 a 38 anos	R\$ 134,49 -
6ª	39 a 43 anos	R\$ 139,86 -
7ª	44 a 48 anos	R\$ 176,25 -
8ª	49 a 53 anos	R\$ 200,90 -
9ª	54 a 58 anos	R\$ 239,07 -
10ª	59 ou mais	R\$ 389,74 -

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 1	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 19,43
Consulta PA	R\$ 28,51
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$ 7,65
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 32,39
Internação Enfermaria	R\$ 64,76

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 2 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – ENFERMARIA – REDE AMPLA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1ª	00 a 18 anos	R\$ 99,80 -
2ª	19 a 23 anos	R\$ 118,68 -
3ª	24 a 28 anos	R\$ 145,68 -
4ª	29 a 33 anos	R\$ 179,63 -
5ª	34 a 38 anos	R\$ 200,57 -
6ª	39 a 43 anos	R\$ 208,35 -

7ª	44 a 48 anos	R\$ 261,14	-
8ª	49 a 53 anos	R\$ 296,94	-
9ª	54 a 58 anos	R\$ 352,34	-
10ª	59 ou mais	R\$ 570,95	-

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 2	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 23,32
Consulta PA	R\$ 36,25
Exames e Procedimentos simples / Terapias reduzidas	R\$ 7,65
Exames e Procedimentos especiais / Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 32,39
Internação Apartamento	R\$ 77,71

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 3 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – SAÚDE DA FAMÍLIA - ENFERMARIA – REDE PREFERENCIAL		
FAIXA ETÁRIA	VALOR	
1ª	00 a 18 anos	R\$ 68,03 -
2ª	19 a 23 anos	R\$ 80,49 -
3ª	24 a 28 anos	R\$ 98,50 -
4ª	29 a 33 anos	R\$ 120,78 -
5ª	34 a 38 anos	R\$ 134,61 -
6ª	39 a 43 anos	R\$ 139,75 -
7ª	44 a 48 anos	R\$ 174,65 -
8ª	49 a 53 anos	R\$ 198,31 -
9ª	54 a 58 anos	R\$ 234,93 -
10ª	59 ou mais	R\$ 379,43 -

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 3	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 18,14
Consulta PA	R\$ 28,51
Consulta Eletiva em Unidade de Atenção Básica	ISENTO
Exames e Procedimentos simples / Terapias reduzidas	R\$ 7,65
Exames e Procedimentos especiais / Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 23,32
Internação Enfermaria	ISENTO

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 4 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – SAÚDE DA FAMÍLIA - APARTAMENTO – REDE PREFERENCIAL		
FAIXA ETÁRIA	VALOR	
1ª	00 a 18 anos	R\$ 96,10 -
2ª	19 a 23 anos	R\$ 114,21 -

3ª	24 a 28 anos	R\$ 140,27	-
4ª	29 a 33 anos	R\$ 172,62	-
5ª	34 a 38 anos	R\$ 192,67	-
6ª	39 a 43 anos	R\$ 200,17	-
7ª	44 a 48 anos	R\$ 250,76	-
8ª	49 a 53 anos	R\$ 285,09	-
9ª	54 a 58 anos	R\$ 338,20	-
10ª	59 ou mais	R\$ 547,76	-

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 4	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 18,14
Consulta PA	R\$ 28,51
Consulta Eletiva em Unidade de Atenção Básica	ISENTO
Exames e Procedimentos simples / Terapias reduzidas	R\$ 7,65
Exames e Procedimentos especiais / Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 23,32
Internação Apartamento	ISENTO
Internação Enfermaria	ISENTO

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 5 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – APARTAMENTO – REDE AMPLA		
FAIXA ETÁRIA	VALOR	
1ª	00 a 18 anos	R\$ 132,19 -
2ª	19 a 23 anos	R\$ 158,61 -
3ª	24 a 28 anos	R\$ 196,68 -
4ª	29 a 33 anos	R\$ 243,91 -
5ª	34 a 38 anos	R\$ 273,16 -
6ª	39 a 43 anos	R\$ 284,08 -
7ª	44 a 48 anos	R\$ 357,96 -
8ª	49 a 53 anos	R\$ 408,07 -
9ª	54 a 58 anos	R\$ 485,60 -
10ª	59 ou mais	R\$ 791,52 -

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 5	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 23,32
Consulta PA	R\$ 36,25
Exames e Procedimentos simples / Terapias reduzidas	R\$ 7,65
Exames e Procedimentos especiais / Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 32,39
Internação Apartamento	R\$ 155,42
Internação Enfermaria	R\$ 77,71

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 6

Rua Espírito Santo, nº 605 – 10º andar – Centro - CEP: 30.160.919 - Belo Horizonte | MG
 ☎ +55 31| 3246.7044 ✉ contato@pbhativos.com.br CNPJ: 13.593.766/0001-79

PLANO ODONTOLÓGICO	VALOR
	R\$ 13,98 -

* não há diferenciação por faixa etária

PLANO 7	
TRANSPORTE AEROMÉDICO	VALOR
	R\$ 1,90 -

* não há diferenciação por faixa etária

CLÁUSULA QUINTA: DA VIGÊNCIA

- 5.1. O presente contrato terá vigência de 12 (doze) meses, contada a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado em conformidade com a Lei Federal 13.303/16.
- 5.2. A prorrogação a que se refere o subitem anterior será realizada mediante termo aditivo.
- 5.3. Ocorrendo prorrogação, serão mantidas as condições do contrato inicial e observada a legislação em vigor. Nos casos de majoração do valor contratual exigir-se-á reforço da garantia prevista neste Contrato.

CLÁUSULA SEXTA: DO REAJUSTE

- 6.1. É admitido o reajuste do Contrato, desde que seja observado o intervalo mínimo de um ano, contado a partir da data de assinatura do Contrato de Credenciamento.
- 6.2. O reajuste, se houver, terá como referência o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), apurado a partir da data do início do contrato, desde que a meta de sinistralidade se mantenha conforme definido no item 6.6. Havendo superação da sinistralidade o reajuste será negociado entre as partes.
- 6.3. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, a anualidade será contada a partir da data do fato gerador que deu ensejo ao último reajuste.
- 6.4. Os reajustes não interferem no direito das partes de solicitar, a qualquer momento, a manutenção do equilíbrio econômico dos contratos com base no disposto no art. 81 da Lei nº 13.303, de 2016.
- 6.5. Os valores contratuais também estão sujeitos às normas estabelecidas nos artigos 19 a 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 6.6. A meta de sinistralidade será limitada, no máximo, a 80%, e obtida considerando o conjunto de todas as vidas na carteira, independentemente do número de contratos originados no Credenciamento para atendimento a todos os órgãos e entidades da Administração Municipal. Entende-se por sinistralidade a relação entre despesas assistenciais e as receitas de contraprestação pecuniária do contrato.

A Sinistralidade é obtida da seguinte maneira:

$$[(\text{média do IU/meta}) - 1] * 100$$

Onde:

IU: índice de utilização = (custo total - coparticipações) / receita total

Meta = 80

- 6.7. Os reajustes serão acompanhados de demonstração analítica da alteração dos custos, por meio de apresentação das planilhas de custos e formação de preços e dos documentos indispensáveis à comprovação da alteração dos preços em cada um dos itens da planilha a serem alterados; para tanto as credenciadas deverão disponibilizar mensalmente e sob demanda relatórios financeiros dos planos (prêmios, sinistralidade, coparticipações, reembolsos, dentre outros) e relatórios completos de utilização discriminando cada serviço/procedimento prestado, por beneficiário, por prestador, por tipo de evento (consultas, consultas em P.S., internações, exames, terapias, ambulatorios), por plano credenciado, mensalmente e consolidado do respectivo período, através de meio eletrônico no aplicativo EXCEL.
- 6.8. É vedada a inclusão, por ocasião do reequilíbrio econômico-financeiro, de benefícios não previstos na proposta inicial, exceto quando se tornarem obrigatórios por força normativa.
- 6.9. O reequilíbrio econômico-financeiro somente será concedido mediante a comprovação pela contratada do aumento dos custos, considerando-se:
- I) Os preços praticados no mercado ou em outros contratos da Administração;
 - II) As particularidades do contrato em vigência;
 - III) A sinistralidade das apólices, mediante apresentação de relatórios de utilização e de estatísticas, atendendo às exigências descritas no item 5.7;
 - IV) A nova planilha com a variação dos custos apresentada;
 - V) indicadores setoriais, tabelas de fabricantes, valores oficiais de referência, tarifas públicas ou outros equivalentes; e
 - VI) A disponibilidade orçamentária do Município.
- 6.10. A decisão sobre o pedido de reequilíbrio econômico-financeiro deve ser feita no prazo máximo de sessenta dias, contados a partir da solicitação e da entrega dos comprovantes de variação dos custos.
- 6.11. O reequilíbrio econômico-financeiro ficará suspenso enquanto as Contratadas não cumprirem os atos ou apresentarem a documentação solicitada pelo Município para a comprovação da variação dos custos.
- 6.12. O Contratante poderá realizar diligências para conferir a variação de custos alegada pelas Contratadas.
- 6.13. Os reajustes que as Contratadas fizerem jus e não forem solicitados durante a vigência do contrato, serão objeto de preclusão com a assinatura da prorrogação contratual ou com o encerramento do contrato.

- 6.14. O reequilíbrio econômico-financeiro levará em conta a sinistralidade de cada operadora contratada em separado, consolidando todos os planos credenciados por ela em uma carteira única.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

- 7.1. Desde que não altere a natureza do objeto contratado ou descumpra o dever de licitar, este contrato poderá ser alterado, por acordo entre as partes, nos termos do art. 81 da Lei Federal nº 13.303/2016.

- 7.2. As alterações contratuais serão formalizadas através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 8.1. Prestar os serviços contratados de acordo com as especificações constantes neste Contrato e no Edital de Credenciamento e respectivos anexos.
- 8.2. Prestar informações ao Contratante sempre que solicitado, ou informações que sejam importantes para o bom andamento das atividades.
- 8.3. Cumprir, rigorosamente, as normas contratuais, arcando com todos os custos e despesas relativos à prestação do serviço.
- 8.4. Arcar com todos os encargos civis, tributários, previdenciários e trabalhistas que venham a incidir sobre a prestação dos serviços, inclusive quanto à criação de novos encargos.
- 8.4.1. A inadimplência da Contratada com referência aos encargos estabelecidos no Edital de Credenciamento e Contrato correspondente não transfere ao Município responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto contratado.
- 8.5. Apresentar, sempre que solicitado pelo Contratante, comprovação de cumprimento das obrigações tributárias e sociais, legalmente exigíveis.
- 8.6. Responsabilizar-se, civil e penalmente, por todo e qualquer dano causado, direta ou indiretamente, ao Município ou a prepostos seus, aos beneficiários ou a terceiros, em função da execução do objeto do Contrato, decorrentes de sua ação ou omissão, culposa ou dolosa, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pelo Município.
- 8.7. Relatar ao Contratante toda e qualquer irregularidade observada em virtude da prestação do serviço e prestar todos os esclarecimentos que forem solicitados, cujas reclamações se obriga prontamente a atender.
- 8.8. Providenciar a imediata correção das deficiências e irregularidades apontadas pelo Contratante quanto à execução dos serviços contratados.
- 8.9. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital, em cumprimento ao disposto no Inciso IX do artigo 69 da Lei nº 13.303/2016.

- 8.10. Cumprir, rigorosamente, os prazos pactuados, incluindo os previstos na legislação aplicável, entendida esta como o conjunto de leis, decretos e atos administrativos, inclusive da ANS, que regulam o setor.
- 8.11. Responsabilizar-se por quaisquer acidentes que possam ser vítimas seus empregados, quando na realização dos serviços para o Contratante, devendo adotar as providências que, a respeito, exigir a legislação em vigor sobre acidentes e segurança do trabalho.
- 8.12. Viabilizar aos beneficiários inscritos, através de rede própria ou por meio de sua rede de prestadores de serviço, as coberturas previstas, em toda a área de abrangência de acordo com o Projeto Básico, Anexo I.
- 8.13. Proceder às inclusões e exclusões dos beneficiários em seus planos/seguros de Assistência à Saúde conforme determinação do Município.
- 8.14. Fornecer o Cartão de Identificação aos beneficiários, no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis após sua inclusão.
- 8.14.1. A operadora deverá fornecer em meio eletrônico, o cartão de identificação do beneficiário no 1º (primeiro) dia de vigência do plano por ele contratado.
- 8.15. Disponibilizar, por meio de website e/ou aplicativo da Contratada, de forma regular e atualizada, a relação de prestadores de serviço, através de manual, guia, orientador ou outro instrumento similar, que contenha a relação dos profissionais associados/ credenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames médicos, a relação de hospitais, de centros médicos e de clínicas, básicas e especializadas, próprios da Contratada ou por ela credenciados/referenciados, a relação de laboratórios, etc., com os respectivos endereços e telefones, para cada beneficiário, de acordo com o plano por ele escolhido.
- 8.16. Disponibilizar ao Município a relação completa atualizada de sua rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes, por meio óptico, eletrônico, ou via internet, informando qualquer alteração.
- 8.17. Emitir título de cobrança bancária das contribuições do beneficiário titular e seu grupo familiar quando não for possível o desconto em folha de pagamento do Município, especificando a competência a que se refere a cobrança, com a discriminação dos serviços cobrados, considerando data de emissão e valor mínimo de boleto estabelecidos em comum acordo entre Contratante e Contratada.
- 8.18. Oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional.
- 8.19. Permitir e facilitar ao Município o acesso a toda documentação relativa à execução deste Instrumento.
- 8.20. Não substabelecer as obrigações assumidas sem anuência expressa do Município;
- 8.21. Garantir que a cobertura definida no Plano de Assistência à Saúde Suplementar observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela ANS.

- 8.22. Observar, também, as demais normas editadas pela ANS relativas às demais obrigações que regulam o setor da saúde suplementar.
- 8.23. Ressarcir ao Município o valor correspondente ao pagamento de multas, indenizações ou outros encargos que lhe forem impostos, em decorrência do descumprimento do Contrato e/ou de normas legais ou regulamentares relacionadas à execução do objeto, em até 60 (sessenta) dias.
- 8.24. Manter, durante a vigência do contrato, os limites mínimos do IDSS conforme descritos no item 11.3 do Edital de Chamamento.
- 8.25. Apresentar, mensalmente, relatórios de utilização e de estatísticas, discriminando cada serviço prestado a cada beneficiário no respectivo período, conforme formato solicitado pelo Município.
- 8.26. Manter sigilo de todos os dados e informações relativos ao Contrato firmado, não divulgando nem fornecendo quaisquer dados e informações a terceiros, em observância ao disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, Lei Federal nº 13.709/2018.
- 8.27. Manter serviço de central telefônica gratuita (serviço de discagem direta gratuita - DDG) de atendimento de 24 h (vinte e quatro horas), 07 (sete) dias por semana, inclusive feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando, também, auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação a rede credenciada.
- 8.28. Garantir, nos casos em que a Contratada estabeleça autorização prévia, a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.
- 8.29. Submeter-se às normas e determinações do Contratante no que se refere à prestação deste serviço.
- 8.30. Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos.
- 8.31. Providenciar a integração entre o seu sistema de gestão e o sistema utilizado pelo Município e/ou Gestora.
- 8.32. Manter preposto especialmente designado para representá-la perante o Município, aceito por este, o qual deverá deixar endereços, telefones (fixo e celular) e e-mail com o fiscal do contrato, devendo atender aos chamados do Contratante no prazo máximo de 04 (quatro) horas.
- 8.33. Substituir, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, sempre que exigido pelo Município, após discussão entre as partes, o seu preposto, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina do Município ou ao interesse do serviço público.

- 8.34. Atender, prontamente, sem quaisquer ônus para o Município, quaisquer exigências ou reclamações formuladas pelos seus representantes, inerentes ao objeto do Contrato e dos instrumentos que o integram, sob pena de constituir em descumprimento de obrigação contratual.
- 8.35. Substituir, sempre que exigido pelo Município, após discussão entre as partes, qualquer agente público seu cuja conduta seja considerada prejudicial, inconveniente ou insatisfatória à disciplina do Município ou ao interesse do serviço público.
- 8.36. Manter e disponibilizar, em meio virtual no sítio eletrônico da Contratada e/ou aplicativo, os extratos de coparticipação dos últimos 06 (seis) meses para acesso dos beneficiários.
- 8.37. Realizar campanhas educativas com os usuários do plano de saúde com o objetivo de orientá-los sobre a melhor forma de usufruir dos benefícios do plano de saúde, atuando ativamente, para manter a taxa de sinistralidade em conformidade com os padrões estipulados pelo Contrato.
- 8.38. Enviar ao Contratante, mensalmente, por meio de arquivo digital, a relação dos agentes públicos inadimplentes (de acordo com a regra de cobrança definida entre as partes), contendo no mínimo, nome completo, CPF do beneficiário titular, número do título vencido, valor do título, data de vencimento, número da carteirinha do beneficiário, endereço completo do beneficiário, telefone do beneficiário, e-mail do beneficiário.
- 8.39. Notificar os beneficiários, quando da emissão de boleto bancário, através de SMS.
- 8.40. Notificar os beneficiários, através de SMS, quanto ao prazo de vencimento do boleto bancário, e quanto ao atraso no pagamento, nos prazos e condições de cobrança estabelecidos em acordo com o Contratante.
- 8.41. Enviar ao Contratante mensalmente, por meio de arquivo digital, a relação do disparo de SMS, em atendimento ao subitem 8.40, contendo os dados mínimos de nome do beneficiário, número da carteirinha, competência do título vencido, data de vencimento do título e número de telefone para o qual foi realizado o envio do SMS.
- 8.42. Cientificar ao Contratante de toda e qualquer decisão judicial, em caráter liminar ou definitivo, referente aos beneficiários do Contratante, por meio de arquivo digital, imediatamente após o cumprimento da determinação.
- 8.43. Manter em meio virtual, no sítio eletrônico da Contratada, os boletos vigentes (de acordo com a regra de cobrança definida entre as partes) referentes aos valores não descontados em folha de pagamento, para acesso dos beneficiários.
- 8.44. Cumprir a legislação e regulamentação aplicável à matéria, bem como as demais regras previstas no Edital e Contrato.

CLÁUSULA NONA: DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- 9.1. Fiscalizar a prestação dos serviços contratados, por meio da Subsecretaria de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado da Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão.
- 9.2. Fiscalizar a manutenção pela Contratada, das condições de habilitação e qualificações exigidas no edital, durante toda a execução do contrato, em cumprimento ao disposto no Inciso IX do artigo 69 da Lei nº 13.303/2016.
- 9.3. Pagar no vencimento as faturas apresentadas pela Contratada.
- 9.4. Notificar a Contratada, por escrito, fixando-lhe prazo para corrigir defeitos ou irregularidades encontradas na prestação dos serviços.
- 9.5. Proporcionar todas as facilidades para que a Contratada possa executar os serviços decorrentes do Contrato dentro das normas preestabelecidas no Edital e nos instrumentos que o integram.
- 9.6. Acompanhar e manter fiscalização efetiva da execução do objeto do Contrato, por intermédio de agente público designado para esse fim pela autoridade competente do Município, em ato próprio, na forma prevista no art. 40, da Lei Federal nº 13.303/2016 e nos termos da legislação municipal quanto ao tema da gestão e fiscalização de contratos no âmbito do Município.
- 9.7. Rejeitar, no todo ou em parte, o serviço executado em desacordo com as normas do Contrato, do Edital e dos instrumentos que o integram.
- 9.8. Sustar, recusar, mandar desfazer, refazer, reparar, corrigir ou substituir qualquer serviço prestado que não esteja de acordo com as normas do Contrato, do Edital e dos instrumentos que o integram.
- 9.9. Obter autorização expressa dos beneficiários titulares para consignar em folha de pagamento, os valores decorrentes das contribuições e coparticipações.
- 9.10. Fornecer à Contratada, mensalmente, lista nominal de todos os beneficiários excluídos da cobertura financeira do Município, qualquer que seja o motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito à Assistência Saúde.
- 9.11. Manter a regularidade de suas contribuições até o mês de comunicação relativa à exclusão de agentes públicos.
- 9.12. Sugerir ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.
- 9.13. Avaliar os mecanismos de regulação utilizados pela Contratada de forma a não impedirem ou dificultarem o acesso dos beneficiários aos serviços.
- 9.14. Avaliar a qualidade dos serviços prestados e seus impactos para os agentes públicos aderidos ao plano de assistência privada à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA: DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO/PAGAMENTO

10.1. O pagamento referente ao subsídio do Município e o repasse das contribuições dos planos de saúde e ou odontológicos referentes ao desconto em folha dos agentes públicos serão realizados observando-se o seguinte:

10.1.1. A(s) contratada(s) deverá(ão) disponibilizar a nota fiscal à gestora do plano de saúde, em conformidade com a legislação vigente, até o 7º (sétimo) dia útil subsequente ao mês de prestação do serviço, desde que a gestora disponibilize o arquivo com as divisões dos valores referente à margem consignável, margem não consignável e subsídio até o 5º (quinto) dia útil. Caso contrário, serão concedidos 02 (dois) dias úteis para o processamento, a contar da data de entrega do arquivo.

10.2. O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias do adimplemento de cada parcela.

10.3. Os documentos fiscais deverão, obrigatoriamente, discriminar a prestação dos serviços realizada e o período da execução.

10.4. A(s) Contratada(s) deverá(ão) emitir nota fiscal/fatura conforme legislação vigente.

10.5. Será verificada a regularidade fiscal das Credenciadas, mediante consulta on-line da sua situação junto ao Sistema Único de Cadastro de Fornecedores - SUCAF.

10.6. Havendo irregularidades na emissão da nota fiscal/fatura o prazo para pagamento será contado a partir da sua reapresentação devidamente regularizada.

10.7. O pagamento de quaisquer valores relativos ao custeio de plano de saúde descontados em folha pagamento dos agentes públicos, na forma de consignação facultativa, estará sujeito à retenção de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) a que alude o artigo 30 do Decreto Municipal 15.573/2014.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

11.1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência da Contratada, sujeitando-a às seguintes penalidades:

11.1.1. advertência.

11.1.2. multas, nos seguintes percentuais:

a) multa moratória de 0,33% (trinta e três centésimos por cento) por dia de atraso, na execução de serviços, até o limite de 9,9%, correspondente a até 30 (trinta) dias de atraso, calculado sobre o valor repassado (subsídio mais o valor referente ao desconto em folha dos agentes públicos) no mês anterior à prática da infração, excluída, quando for o caso, a parcela correspondente aos impostos destacados no documento fiscal;

b) multa de 3% (três por cento) sobre o valor repassado (subsídio mais o valor referente ao desconto em folha dos agentes públicos) no mês anterior à prática da infração, quando houver o descumprimento das normas jurídicas atinentes ou das obrigações assumidas.

- c) multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor repassado (subsídio mais o valor referente ao desconto em folha dos agentes públicos) no mês anterior à prática da infração na hipótese de o infrator entregar o objeto contratual em desacordo com as especificações, condições e qualidade contratadas e/ou com vício, irregularidade ou defeito oculto que o tornem impróprio para o fim a que se destina;
- d) multa indenizatória de 10% (dez por cento) sobre valor repassado (subsídio mais o valor referente ao desconto em folha dos agentes públicos) no mês anterior à prática da infração multiplicado por 12 (doze) quando o infrator der causa à rescisão do contrato;
- e) multa indenizatória, a título de perdas e danos, na hipótese de o infrator ensejar a rescisão do contrato e sua conduta implicar em gastos à Administração Pública superiores aos contratados.

11.1.3. suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a entidade sancionadora, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

11.2. No caso de aplicação de multas no primeiro mês de contrato, adotar-se-á o valor estimado do subsídio.

11.3. As penalidades de advertência e multa serão aplicadas pela autoridade competente.

11.3.1. Nos casos previstos pela legislação, as multas poderão ser descontadas do pagamento imediatamente subsequente à sua aplicação e/ou da garantia contratual.

11.3.2. Se a multa for de valor superior ao valor da garantia prestada, além da perda desta, responderá a Contratada pela sua diferença, a qual será descontada dos pagamentos eventualmente devidos ou, ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente.

11.4. A penalidade de suspensão temporária e impedimento de contratar será aplicada pela autoridade competente.

11.5. Na notificação de aplicação das penalidades previstas será facultada a defesa prévia no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias úteis.

11.6. No caso de aplicação das penalidades previstas será concedido prazo de 10 (dez) dias úteis para apresentação de recurso.

11.7. As penalidades são independentes entre si, podendo ser aplicadas em conjunto ou separadamente, após a análise do caso concreto e não exime a Contratada da plena execução do objeto contratado.

11.7.1. Na hipótese de cumulação a que se refere o subitem acima serão concedidos os prazos para defesa e recurso aplicáveis à pena mais gravosa.

11.8. O atraso injustificado superior a 30 (trinta) dias corridos será considerado como inexecução total do Contrato, devendo o instrumento respectivo ser rescindido, salvo razões de interesse público devidamente explicitadas no ato da autoridade competente pela contratação.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA EXTINÇÃO / RESCISÃO

- 12.1. O presente contrato extinguir-se-á ao seu término, sem necessidade de qualquer notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, podendo, no entanto, ser rescindido a qualquer tempo.
- 12.2. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses previstas na legislação, desde que formalmente motivado nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, bem como nas hipóteses de a Contratada:

- 12.2.1. infringir quaisquer das cláusulas ou condições do contrato;
- 12.2.2. transferir ou ceder o contrato a terceiros, no todo ou em parte;
- 12.2.3. entrar em regime de falência, dissolver-se ou extinguir-se;
- 12.2.4. recusar-se a receber qualquer ordem ou instrução para melhor execução deste contrato, insistindo em fazê-lo com imperícia ou desleixo;
- 12.2.5. deixar de executar o serviço, abandonando-o ou suspendendo-o por mais de 2 (dois) dias seguidos, salvo por motivo de força maior, desde que haja comunicação prévia e imediata ao Contratante;
- 12.2.6. agir com dolo, imperícia ou imprudência relativamente às obrigações contratuais;
- 12.2.7. deixar de comprovar o regular cumprimento de suas obrigações trabalhistas, tributárias e sociais;
- 12.2.8. ser declarada inidônea e/ou suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Municipal;
- 12.2.9. subcontratar, ceder ou transferir, total ou parcialmente o objeto contratado, exceto na hipótese de serviço secundário que não integre a essência do objeto, desde que expressamente autorizada pelo Contratante, mantida em qualquer caso a integral responsabilidade da Contratada.
- 12.2.10. associar-se com outrem, realizar fusão, cisão, incorporação ou integralização de capital, salvo com expressa autorização do Contratante.
- 12.2.12. nos casos em que a CONTRATADA estiver envolvida em casos de corrupção, nos termos da Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

12.3. A rescisão do contrato poderá ser:

- I - determinada por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados no subitem anterior;
- II - amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração;
- III - judicial, nos termos da legislação;

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DA RESCISÃO POR INTERESSE PÚBLICO

Este contrato poderá ser rescindido por ato unilateral do Contratante, devidamente justificado, quando o interesse público assim o exigir, sem indenização à Contratada, a não ser em caso de dano efetivo disso resultante.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA GARANTIA

- 14.1. O presente contrato será garantido por meio de carta fiança no valor de R\$125,78 (cento e vinte e cinco reais e setenta e oito centavos) equivalente a 0,3 % (três décimos por cento) do valor contratado (subsídios e valores dos planos escolhidos pelos beneficiários da carteira).
- 14.1.1. O reforço da garantia no primeiro ano do contrato será realizado semestralmente, contado da data de assinatura do contrato.
- 14.1.2. A partir do 2º ano, o reforço será apresentado anualmente, no prazo de 30 (trinta) dias após a celebração de Termo Aditivo de prorrogação de vigência contratual, caso
- 14.2. A caução em dinheiro só será devolvida após o cumprimento total das obrigações contratuais.
- 14.3. A cobertura do seguro-garantia vigorará até a extinção das obrigações do tomador, devendo este efetuar o pagamento do respectivo prêmio, por todo o período da garantia, independentemente do prazo de vigência indicado na apólice.
- 14.4. A garantia na forma de Fiança Bancária terá sua vigência até o cumprimento total das obrigações contratuais.
- 14.5. A PBH Ativo S.A. poderá utilizar, total ou parcialmente, da garantia exigida para se ressarcir de multas estabelecidas neste contrato.
- 14.6. O valor da garantia poderá ser utilizado total ou parcialmente para o pagamento de qualquer obrigação, inclusive indenização a terceiros, obrigando-se a Contratada a fazer a respectiva reposição no prazo máximo e improrrogável de 02 (dois) dias úteis, contado da data em que for notificada.
- 14.6.1. A garantia somente será liberada ou restituída após a execução de todas as obrigações contratuais e desde que não haja no plano administrativo, pendência de qualquer reclamação a elas relativas.
- 14.7. Havendo necessidade de alteração da garantia, a CONTRATADA deverá efetuar a pertinente adequação, no prazo estabelecido pela CONTRATANTE, sob pena de aplicação das sanções administrativas pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DA MATRIZ DE RISCO

Os riscos decorrentes do presente Contrato estão previstos na Matriz de Risco, sem prejuízo de outras previsões contratuais, conforme Anexo II.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DA PROTEÇÃO E TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO, DADOS PESSOAIS E/OU BASE DE DADOS

- 16.1. A Contratada obriga-se ao dever de proteção, confidencialidade e sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, inclusive em razão de licenciamento ou da operação dos programas/sistemas, nos termos da Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no presente instrumento contratual.

- 16.1.1. A Contratada obriga-se a implementar medidas técnicas e administrativas suficientes visando a segurança, a proteção, a confidencialidade e o sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso a fim de evitar acessos não autorizados, acidentes, vazamentos acidentais ou ilícitos que causem destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento não previstos.
- 16.1.2. A Contratada deve assegurar-se de que todos os seus colaboradores, consultores e/ou prestadores de serviços que, no exercício das suas atividades, tenham acesso e/ou conhecimento da informação e/ou dos dados pessoais, respeitem o dever de proteção, confidencialidade e sigilo.
- 16.1.3. A Contratada não poderá utilizar-se de informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, para fins distintos ao cumprimento do objeto deste instrumento contratual.
- 16.1.4. A Contratada não poderá disponibilizar e/ou transmitir a terceiros, sem prévia autorização escrita, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.
- 16.1.4.1. A Contratada obriga-se a fornecer informação, dados pessoais e/ou base de dados estritamente necessários caso quando da transmissão autorizada a terceiros durante o cumprimento do objeto descrito neste instrumento contratual.
- 16.1.5. A Contratada fica obrigado a devolver todos os documentos, registros e cópias que contenham informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha tido acesso durante a execução do cumprimento do objeto deste instrumento contratual no prazo de 30 (trinta) dias corridos contados da rescisão contratual, restando autorizada a conservação apenas nas hipóteses legalmente previstas.
- 16.1.5.1. À Contratada não será permitido deter cópias ou backups, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha tido acesso durante a execução do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.
- 16.1.5.1.1. A Contratada deverá eliminar os dados pessoais a que tiver conhecimento ou posse em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual tão logo não haja necessidade de realizar seu tratamento.
- 16.1.6. A Contratada deverá notificar, imediatamente, a Contratante no caso de vazamento, perda parcial ou total de informação, dados pessoais e/ou base de dados.
- 16.1.6.1. A notificação não eximirá a Contratada das obrigações e/ou sanções que possam incidir em razão da perda de informação, dados pessoais e/ou base de dados.
- 16.1.6.2. A Contratada que descumprir nos termos da Lei nº 13.709/2018 suas alterações e regulamentações posteriores, durante ou após a execução do objeto descrito no presente instrumento contratual fica obrigado a assumir

total responsabilidade e ao ressarcimento por todo e qualquer dano e/ou prejuízo sofrido, incluindo sanções aplicadas pela autoridade competente.

16.1.7. A Contratada fica obrigado a manter preposto para comunicação com o Contratante para os assuntos pertinentes à Lei nº 13.709/2018 suas alterações e regulamentações posteriores.

16.1.8. O dever de sigilo e confidencialidade, e as demais obrigações descritas na presente cláusula, permanecerão em vigor após a extinção das relações entre a Contratada e o Contratante, bem como, entre a Contratada e os seus colaboradores, subcontratados, consultores e/ou prestadores de serviços sob pena das sanções previstas na Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores, salvo decisão judicial contrária.

16.1.9. O não cumprimento de quaisquer das obrigações descritas nesta cláusula sujeitará a Contratada a processo administrativo para apuração de responsabilidade e, consequente, sanção, sem prejuízo de outras cominações cíveis e penais.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. A Contratada poderá aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem, conforme previsto no art. 81 da Lei nº 13.303/2017.

17.2. A tolerância do Contratante com qualquer atraso ou inadimplência por parte da Contratada, não importará de forma alguma em alteração ou novação.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DA PUBLICAÇÃO

A publicação do extrato do presente contrato no “Diário Oficial do Município” correrá por conta e ônus da Administração Municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA: DOS ANEXOS

Vincula-se ao presente contrato o instrumento convocatório, bem como a proposta da Contratada, nos termos do art. 69, VIII, da Lei nº 13.303/2019 e são anexos ao presente instrumento e dele fazem parte integrante:

1. Anexo I – Projeto Básico;
2. Anexo II – Matriz de Risco

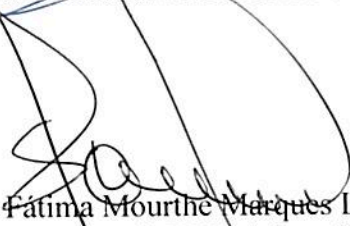
CLÁUSULA VIGÉSIMA: DO FORO

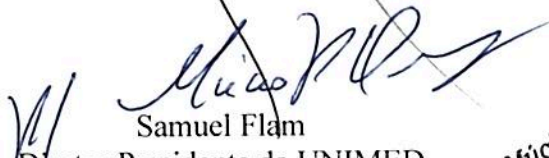
Fica eleito o foro da Comarca de Belo Horizonte, renunciando-se a qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer dúvida ou pendência oriunda do presente instrumento.

E por estarem justas e contratadas, assinam as partes o presente contrato, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:


Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2021.


Pedro Meneguetti
Diretor Presidente da PBH Ativos S.A.


Soraya de Fátima Mourthe Marques Lage
Diretora Executiva da PBH Ativos S.A.


Samuel Flam
Diretor Presidente da UNIMED


Dr. Múcio Pereira Diniz
Diretor de Serviços Próprios


Maria das Mercês Quintão Froes
Diretora Comercial e MKT da UNIMED



Rua Espírito Santo, nº 605 – 10º andar – Centro - CEP: 30.160.919 - Belo Horizonte | MG
☎ +55 31| 3246.7044 ✉ contato@pbhativos.com.br CNPJ: 13.593.766/0001-79


Daiane Zefirino Soares
Coordenadora de Rel. e Negócios
Unimed - BH


Emerson Pinto Queiroz
Gerente de Relacionamento com
Cliente Corporativo
Unimed - BH

ANEXO I

PROJETO BÁSICO

1. OBJETO

- 1.1. Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na ANS para prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação e odontológica, com coparticipação, de abrangência para região metropolitana Belo Horizonte, aos agentes públicos do Município de Belo Horizonte, ativos e inativos, da Administração direta e indireta do Poder Executivo, do Poder Legislativo e da PBH Ativos S.A., bem como aos respectivos dependentes e pensionistas, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano/seguro por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados.
- 1.2. Para fins deste Credenciamento, o conceito de Município abrangerá:
- 1.2.1. Poder Executivo: agentes públicos, ativos e inativos, vinculados às entidades da Administração Direta e Indireta e da PBH Ativos S/A.
 - 1.2.2. Poder Legislativo: agentes públicos, ativos e inativos.
- 1.3. Para fins deste Credenciamento, o conceito de Agente Público abrangerá: pessoa legalmente investida em cargo ou emprego público, em caráter efetivo, em comissão, de natureza especial, ou em mandato.
- 1.4. A prestação dos serviços de assistência à saúde será disciplinada pelo Contrato e pelos termos deste Anexo, e em conformidade com a legislação em vigor, em especial com a Lei n.º 9.656/98 e as regulamentações complementares, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a Lei Municipal Nº 9.985/10, que autoriza a contratação e suas regulamentações, e o Decreto Municipal 15.573/14.
- 1.5. A prestação de serviços compreende consultas médicas; de fisioterapia, de nutrição, de psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, odontologia, internações hospitalares e obstétricas (sem limite de tempo e cobranças adicionais) e em clínicas psiquiátricas, cirurgias eletivas e de urgência, serviços médicos, ambulatoriais, hospitalares, medicamentosos durante as internações, de diagnóstico, de terapia e atendimentos de urgência e emergência.
- 1.6. A prestação dos serviços será executada por meio de rede própria das Credenciadas ou por terceiros por ela credenciados, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas e laboratórios.

- 1.7. Todos os planos/seguros saúde oferecidos não admitirão agravo ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças ou lesões preexistentes.
- 1.8. Os serviços conforme descritos no subitem 1.1 são caracterizados como continuados e necessários à Administração Municipal, cuja interrupção compromete a continuidade de suas atividades. Portanto, a sua contratação deve estender-se por mais de um exercício financeiro.
- 1.9. O custeio por parte dos agentes públicos, dos planos por estes contratados, será cobrado na forma de consignação em folha de pagamento, nos termos do Decreto Municipal 15.573/14 e suas alterações.

2. CREDENCIAMENTO

- 2.1. Uma vez credenciada, a operadora deverá garantir o atendimento do beneficiário pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses. Sob pena de multa de acordo com o Decreto Municipal nº 15.113, de 08 de janeiro de 2013, a operadora não poderá se descredenciar unilateralmente durante o período de 12 (doze) meses.
- 2.2. Com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias do vencimento do contrato, a operadora poderá manifestar interesse pelo descredenciamento, que só ocorrerá a partir do primeiro dia útil após o aniversário da apólice, garantindo os tratamentos em curso, e respeitando ainda o prazo previsto no subitem 2.4, para as movimentações dos beneficiários.
- 2.3. Após o prazo deste credenciamento, poderá ser publicado novo edital para credenciamento de novas interessadas.
- 2.4. A abertura para novos credenciamentos se dará, no mínimo, 60 (sessenta) dias corridos antes do aniversário da apólice, sendo mantido o período de 10 (dez) dias úteis para a efetivação do credenciamento, respeitando-se o prazo de 60 (sessenta) dias corridos para movimentações entre operadoras e entre planos.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 3.1. As Credenciadas arcarão com o custo assistencial das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente e suas atualizações, assim como nas Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 13, de 1998, e demais Resoluções Normativas da ANS, de acordo com a cobertura obrigatória prevista pela ANS e legislação relacionada, compatível com cada tipo de plano a ser oferecido (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, odontológico).
- 3.2. Para os planos ambulatoriais, caso houver necessidade de internação, conforme Normativas da ANS e legislação correspondente, o plano credenciado estará obrigado a cobrir as primeiras 12 (doze) horas de pronto socorro e remoção em ambulância por conta da operadora para o SUS, sendo de responsabilidade única e exclusiva do plano a transferência em condições adequadas para instalações que garantam o tratamento adequado do beneficiário.

3.3. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatorios, observados os seguintes serviços:

3.3.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.3.2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

3.4. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

3.4.1. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas especializadas e psiquiátricas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.4.1.1. Condições diferenciadas para as internações em hospitais psiquiátricos deverão obedecer ao disposto na regulamentação da ANS, bem como, deverão constar de forma expressa em manual, guia e/ou outros documentos pertinentes entregues aos beneficiários.

3.4.2. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

3.4.3. diária de internação hospitalar;

3.4.4. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e de alimentação durante o período de internação;

3.4.5. Exames complementares indispensáveis para 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;

3.4.6. Taxas e materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;

3.4.7. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito), do maior de 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e pós-parto imediato e dos portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

3.4.8. Cirurgia plástica reparadora;

- 3.4.9. Cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais 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;
- 3.4.10. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 3.4.11. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- 3.4.12. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- 3.4.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;
- 3.4.14. Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
- a) As despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- 3.5. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelas Credenciadas, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.
- 3.6. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelas Credenciadas, o ônus da internação em outro hospital, fora da rede de serviço, é de responsabilidade das Credenciadas.
- 3.7. Deverão ser ofertados programas de Promoção e Prevenção à Saúde, conforme perfil epidemiológico da carteira, elaborados em conjunto com o Município, sem impacto financeiro adicional para o Contratante.
- 3.8. Para os programas de promoção da saúde, cada operadora credenciada deverá destinar o valor correspondente a 0,5% (meio por cento) do faturamento total do período contratual vigente, podendo ser agrupados por períodos semestrais, para fazer frente às despesas.
- 3.9. As ações serão executadas pela Contratada e, elaboradas em conjunto com o Contratante.
- 3.9.1. Os programas de Promoção e Prevenção à Saúde terão duração máxima de 06 (seis) meses, a critério do Contratante, que deve estabelecê-los, expressamente, no seu

planejamento, podendo ser prorrogado, por interesse do Município, requerido com antecedência.

3.9.2. Em conformidade com os relatórios entregues pela Contratada, o Contratante determinará, no primeiro mês de vigência do contrato e no sexto mês de vigência do contrato, quais os eixos serão tratados no programa, dentre os estudos realizados da carteira.

3.9.3. Juntamente com os eixos que serão trabalhados no período semestral, o Contratante remeterá para a Contratada, até o final do primeiro mês de vigência do contrato e até o final do sexto mês de vigência do contrato, as seguintes informações:

- a) Descrição dos objetivos do programa;
- b) Estabelecimento da população alvo;
- c) Forma de captação da população alvo do programa;
- d) Local, forma de desenvolvimento e cronograma.

3.9.4. A Contratada, de posse do exposto acima, terá 30 (trinta) dias corridos para avaliar a requisição, apresentar eventuais modificações ou adequações, os custos correspondentes e as descrições técnicas pertinentes ao eixo definido.

3.9.5. O Contratante, por sua vez, terá 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento da proposta, para validação final. Depois de vencidas essas etapas, a Contratada deverá dar início à execução dos programas.

3.10. Os programas de promoção à saúde deverão fornecer materiais de divulgação informativos, impressos e digitais, de acordo com o calendário de saúde do Ministério da Saúde, suficientes para alcançar todos os órgãos da Administração Municipal.

3.11. O Plano Odontológico deverá compreender a cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica.

3.11.1. Os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar.

3.11.2. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para a segmentação odontológica, deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998 (e suas alterações), as Resoluções do CONSU (e suas alterações) e as Resoluções Normativas da ANS (e suas alterações), e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação vigente. São excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 4.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - 4.1.2. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
 - 4.1.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
 - 4.1.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
 - 4.1.5. Inseminação artificial;
 - 4.1.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - 4.1.7. Tratamentos em centros de Sopas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
 - 4.1.8. Transplantes, à exceção de córnea, rim e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
 - 4.1.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
 - 4.1.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
 - 4.1.11. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - 4.1.12. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - 4.1.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - 4.1.14. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - 4.1.15. Aparelhos ortopédicos;
 - 4.1.16. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - 4.1.17. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior; e
 - 4.1.18. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 4.2. As despesas extraordinárias (aquelas não previstas neste instrumento ou não sujeitas a cobertura, como refeições para acompanhantes, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) deverão ser pagas diretamente ao estabelecimento pelo beneficiário, sem direito a ressarcimento pelas Credenciadas.
- 4.3. Não estão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde Suplementar os exames admissionais, periódicos, demissionais ou equivalentes.

4.4. As Credenciadas não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

5. TIPOS DE PLANOS/SEGUROS

5.1. Tipo de Contratação do Plano: O plano oferecido é empresarial por adesão, facultativo, copatrocinado pelo Município (contribuinte), em forma de desconto em folha, sendo a contribuição mensal por beneficiário, garantindo aos seus usuários assistência médica ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica, de acordo com a cobertura obrigatória prevista pela ANS para cada tipo de plano.

5.2. Abrangência Geográfica: Trata-se de plano com abrangência geográfica de atendimento contemplando Belo Horizonte e região metropolitana, com atendimento de urgências e emergência, de abrangência nacional.

5.3. Acomodação: O plano oferecerá as seguintes opções de acomodação:

- a) quarto coletivo;
- b) quarto individual;
- c) acomodação de um acompanhante durante a internação de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos, sempre que possível, com acatamento do regime interno dos estabelecimentos hospitalares.

5.4. O quadro abaixo apresenta as derivações do plano em função das combinações oferecidas.

Tipo	Descrição	Acomodação	Rede
Plano 1	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Enfermaria	Rede Preferencial
Plano 2	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Enfermaria	Rede Ampla
Plano 3	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia – Saúde da Família	Enfermaria	Rede Preferencial
Plano 4	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia – Saúde da Família	Apartamento	Rede Preferencial
Plano 5	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Apartamento	Rede Ampla
Plano 6	Odontológico	Não se aplica	Rede Ampla
Plano 7	Transporte Aeromédico	Não se aplica	Não se aplica

5.5. O Plano 6, Odontológico, poderá ser escolhido de forma opcional, independentemente da adesão ou não do usuário aos demais planos.

5.6. Planos 3 e 4 - Saúde da Família: definida pela vinculação ao serviço de atenção primária, a um médico de família e comunidade e equipe de atenção primária de referência em unidades próprias do Plano/Operadora Credenciada. Cada equipe será responsável por uma carteira de beneficiários que deverão ser divididas quantitativamente de acordo com sua complexidade, de

forma que garanta o pronto atendimento desses na unidade quando necessário, além da captação ativa da população vinculada à equipe. A equipe deve ser composta, minimamente, por médico e profissional de enfermagem (nível superior) com especialização e/ou experiência em saúde da família. Cada equipe precisará disponibilizar de um meio de comunicação específico para sua carteira vinculada.

5.6.1. Caberá a esta equipe o gerenciamento do cuidado das pessoas a ela vinculadas, quanto à trajetória destas pessoas na rede de cuidados. O acesso aos outros níveis de atenção será sempre mediado e supervisionado pelo médico de família e comunidade, excetuando-se casos de urgência e emergência onde pronto-socorro deve ser procurado.

5.6.2. Por tratar-se de uma modalidade de organização do cuidado apenas recentemente introduzida na saúde suplementar, será exigida das empresas credenciadas para estes planos o registro do mesmo, em até 60 (sessenta) dias após o prazo final do Credenciamento. Caso a credenciada opte por não fazer o registro, faz-se necessário apresentar documento validado pela ANS que garanta o funcionamento do modelo nos moldes anteriormente descritos, sem risco de descontinuidade.

5.7. O Plano 7 compreende o serviço de transporte aéreo, com atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o território nacional, para a transferência ou remoção de pacientes, em caráter de urgência e/ou emergência, através de aeronaves, de uma unidade de saúde para um hospital que disponha de mais recursos para resolutividade médica. Trata-se de um serviço adicional e complementar ao plano assistencial.

5.7.1. Somente poderão aderir ao Plano 7 - Transporte Aeromédico os beneficiários que possuam os produtos assistenciais, planos 1, 2, 3, 4 ou 5.

5.8. O grupo familiar terá, obrigatoriamente, os mesmos planos escolhidos pelo titular.

6. ATENDIMENTO NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

6.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal, quadros clínicos agudos, psiquiátricos ou de complicação no processo da gestação.

6.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

6.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, da admissão até a alta hospitalar.

6.4. As Credenciadas deverão possuir serviço de central telefônica gratuita (serviço de discagem direta gratuita - DDG) de atendimento de 24 (vinte e quatro) horas, 07 (sete) dias por semana, inclusive feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando, também, auxiliar os interessados na escolha do melhor local para

atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada.

6.5. O atendimento às urgências e emergências deverá ter abrangência nacional.

6.6. Em todo o território nacional, as Credenciadas deverão oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

6.7. As transferências de urgência que poderão ser atendidas pelo Plano 7 — Transporte Aeromédico são, no mínimo:

6.7.1. Transferência de urgência: a transferência de urgência é realizada quando o local em que o paciente se encontra não possui recursos para o tratamento e ele necessita ser transferido para o hospital mais próximo que ofereça os recursos adequados.

6.7.2. Repatriamento (retorno ao local de domicílio): realizado quando o retorno a um hospital da cidade de origem oferece benefícios reais de recuperação ao paciente e cumpre as regras de remoção.

6.7.3. Transporte neonatal: exclusivo para transporte de recém-nascidos, nas mesmas situações acima.

6.7.4. Possuir serviços, equipamentos e pessoal de UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

7. REMOÇÃO

7.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do beneficiário (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, respeitada a regra das urgências e emergências prevista no item 6 deste Anexo.

7.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o beneficiário não tiver direito à internação devido à carência, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

7.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus.

7.2.2. Caberá às Credenciadas o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

7.2.3. As Credenciadas deverão disponibilizar os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

- 7.2.4. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no subitem 7.2.2, as Credenciadas estarão desobrigadas do ônus financeiro da remoção.

8. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 8.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das Credenciadas, de acordo com o plano por ele subscrito, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às Credenciadas efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário.
- 8.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário.
- 8.3. A cobrança de coparticipação ficará a critério de cada operadora credenciada, para cada um de seus planos, sendo os valores máximos a serem cobrados por evento, para cada plano, estabelecidos no Anexo II - Critérios de Precificação.
- 8.3.1 Não serão admitidas cobranças de coparticipação para os planos 06 - Odontológico e 07 - Transporte Aeromédico.
- 8.4. Para os planos de saúde da família, os atendimentos realizados dentro das unidades de atenção básica não poderão resultar em cobrança de nenhum valor de coparticipação.
- 8.5. Eventuais reajustes dos valores máximos de coparticipação previstos neste Projeto Básico serão discutidos durante as repactuações e ficarão a cargo da gestão municipal.
- 8.6. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão fornecido pelas Credenciadas dos planos de saúde.
- 8.7. As Credenciadas poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus beneficiários.
- 8.7.1. Nos casos em que as Credenciadas estabeleçam autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.
- 8.7.2. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do pedido.
- 8.7.2.1. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da

Credenciada em questão, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos 02 (dois) demais profissionais.

8.7.2.2. A remuneração ficará a cargo das Credenciadas, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede das Credenciadas, caso em que seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

8.8. Às Credenciadas reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998, mediante comunicação ao Município.

8.9. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e ao Município com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

8.10. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade das Credenciadas durante período de internação de beneficiário ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a Credenciada em questão providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

8.11. No caso de redimensionamento de rede hospitalar por redução é necessária autorização prévia da ANS e do Município.

8.12. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

8.13. A lista de prestadores de serviço deverá ser atualizada periodicamente pelas Credenciadas, e dada comunicação aos seus beneficiários.

8.14. As Credenciadas deverão informar, regularmente ou excepcionalmente em caso de alteração da rede, mantendo atualizados os meios de comunicação e informação ao usuário referente a rede de atendimento própria e/ou credenciada/referenciada, para todas as suas modalidades. A rede credenciada mínima deverá oferecer estabelecimentos em Belo Horizonte e Região Metropolitana, com especificidades quantitativas adequadas de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, etc., para atendimento aos beneficiários.

8.15. Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia de senha.

8.16. As Credenciadas não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

9. ADESÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 9.1. Qualquer beneficiário, a seu exclusivo critério, poderá solicitar adesão e exclusão nos Planos de Assistência à Saúde Suplementar de que trata este instrumento.
- 9.2. Todos os beneficiários atuais deverão realizar nova adesão a um dos planos de saúde e/ou odontológicos credenciados, caso exista interesse, de acordo com os itens abaixo:
- 9.2.1. Caso o titular queira fazer adesão de dependentes, todo o grupo familiar deverá ter os mesmos planos do titular; não será permitido que dependentes tenham planos diferentes do titular ou plano odontológico sem que o titular o tenha.
- 9.2.2. Todos os beneficiários atuais deverão realizar a nova adesão em um prazo de até 60 (sessenta) dias após a assinatura do Contrato, em períodos e locais a serem definidos e organizados pela gestão municipal.
- 9.2.3. Caberá às operadoras credenciadas o fornecimento de material explicativo quanto aos seus planos e valores de maneira a esclarecê-los para o agente público.
- 9.2.4. Caberá à Gestora Contratada pela Prefeitura realizar todas as inclusões das novas adesões em tempo hábil, de acordo com os prazos citados no item 9.2.2 e conforme as disposições do item 16 – Níveis de Serviços.
- 9.3. Uma vez realizada a adesão, o beneficiário não poderá mudar o plano escolhido em um período de permanência inferior a 12 (doze) meses. Ao fim do qual, poderá fazer nova opção de adesão de operadora e níveis de planos.
- 9.4. O prazo para movimentações previstas no item 9.3 (mudança de plano e/ou de operadora) será de 30 (trinta) dias entre a vigência da data de cancelamento e a vigência da nova adesão, para garantir a absorção de carências, respeitadas as exceções previstas na Súmula Normativa nº 21 da ANS.
- 9.5. Passados os prazos dos itens 9.2 e 9.4, todas as adesões de agentes públicos que já trabalham no Contratante deverão cumprir as carências estabelecidas pela ANS.
- 9.6. Para os novos agentes públicos (novas contratações) será dado um prazo de até 120 (cento e vinte) dias da sua admissão para realização da adesão e inclusão aos planos credenciados, sem nenhuma carência. As inclusões realizadas fora deste prazo deverão cumprir as carências estabelecidas pela ANS.
- 9.7. Para as Entidades Indiretas que possuem outros contratos de planos de saúde o período de adesão se dará 30 dias após o vencimento do contrato das mesmas para os agentes públicos que já estão no plano de saúde das Entidades Indiretas e, após adesão dessa massa, será dado um prazo de 90 dias para novas adesões dos agentes públicos atuais. Para novas contratações vale a regra do item anterior.
- 9.8. Caberá ao Município a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos agentes públicos com ele próprio, e a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com os agentes públicos, quando solicitados pelas Credenciadas.

9.9. Caberá à Gestora encaminhar às Credenciadas:

9.9.1. Até o último dia útil do mês corrente as solicitações de adesões de beneficiários, para vigência no primeiro dia do mês subsequente, sendo esse o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência (quando houver).

9.9.2. Até o último dia útil do mês corrente as solicitações de exclusões de beneficiários, para vigência no primeiro dia do mês subsequente.

9.10. São considerados beneficiários do Plano de Assistência à Saúde Suplementar:

9.10.1. Na qualidade de beneficiário titular:

- a) o agente público ativo da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Municipal e do Poder Legislativo Municipal, que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar;
- b) o agente público inativo da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Municipal e do Poder Legislativo Municipal, vinculado ao Regime Próprio de Previdência Social do Município de Belo Horizonte – RPPS, que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar;
- c) o agente público inativo da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Municipal e do Poder Legislativo Municipal, vinculado ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, desde que atendidas as condições especificadas em regulamento, que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar;
- d) o pensionista, beneficiário de pensão por morte decorrente do óbito do servidor público ou do servidor inativo vinculado ao Regime Próprio de Previdência Social do Município de Belo Horizonte – RPPS, que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar.

9.10.2. Na qualidade de beneficiário dependente do beneficiário titular, elegível para percepção de subsídio:

- a) o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável com registro de certidão em cartório;
- b) o companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios para o reconhecimento da união estável;
- c) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- d) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- e) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “c” e “d”.

9.10.3. Na qualidade de beneficiário dependente do beneficiário titular, não elegível para percepção de subsídio:

a) agregados: o pai ou padrasto, a mãe ou madrastra;

b) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, que não atendam ao disposto no subitem 9.10.2, alínea "d";

c) os filhos e enteados acima de 24 (vinte e quatro) anos.

9.10.4. Não serão aceitas novas inclusões de beneficiários referidos no subitem 9.10.1, alíneas "b", "c" e "d", diferentes dos que já estão na apólice atual.

9.10.5. Não serão aceitas novas inclusões dos dependentes referidos no subitem 9.10.3, alínea "a", diferentes dos que já estão na apólice atual.

9.10.6. A adesão e manutenção dos beneficiários elencados no subitem 9.10.3 estará condicionada ao custeio integral das respectivas despesas pelo beneficiário titular, sem subsídio do Município.

9.11. É assegurada a inclusão, com isenção do cumprimento dos períodos de carência:

a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do agente público, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com o aproveitamento dos períodos de carência eventualmente já cumpridos pelo beneficiário.

9.12. A adesão aos planos de saúde será facultativa, e somente poderá ser realizada mediante existência de margem consignável disponível e autorização do desconto em folha de pagamento pelo titular, nos termos do Decreto nº 15.573, de 23 de maio de 2014.

9.13. A adesão dos beneficiários titulares será feita mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", a ser fornecido pela Gestora, de acordo com as regras estabelecidas pela operadora e gestão municipal, no qual deve constar a opção por uma das operadoras credenciadas e um dos planos oferecidos pelas Credenciadas.

9.14. A adesão dos beneficiários dependentes será feita pelo respectivo beneficiário titular, mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", de acordo com as regras deste instrumento, no qual deve constar a opção por um dos planos oferecidos pelas Credenciadas.

9.15. A adesão dos beneficiários dependentes não poderá se dar em planos distintos dos escolhidos pelo respectivo beneficiário titular, sendo o ônus decorrente da adesão de inteira responsabilidade do beneficiário titular, que deverá autorizar o competente desconto em folha de pagamento, de acordo com a tabela de valores do plano escolhido, cabendo ao Município arcar com a responsabilidade do repasse desse pagamento.

9.16. Conforme o art. 6º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, "no plano privado de assistência à saúde coletiva empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante". O Município estende esse prazo

em até 120 (cento e vinte) dias da sua data de admissão, escrita em contracheque do agente público.

9.17. Os beneficiários titulares poderão solicitar sua exclusão voluntária ou de seu (s) dependente(s) do plano ao qual tenham aderido, a qualquer tempo, mediante a assinatura de "Termo de Exclusão".

9.17.1. A exclusão do beneficiário titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

9.18. A exclusão do beneficiário se dará através de comunicação via sistemas do Contratante, Gestora e Credenciadas. Os beneficiários excluídos não serão obrigados a devolver seus cartões de identificação.

9.19. As exclusões compulsórias do Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

- a) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego, fim ou perda do mandato;
- b) inadimplemento das despesas do plano de saúde, por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário titular seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
- c) decisão administrativa devidamente motivada, garantidos a ampla defesa e o contraditório, ou judicial;
- d) fraude; e
- e) perda de dependência com o titular, nos termos deste Projeto Básico e da legislação municipal.

9.19.1. Caberá ao Município, por meio da Gestora, solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

9.19.2. A exclusão compulsória poderá ser realizada diretamente pela operadora credenciada quando se tratar de decisão judicial ou fraude, devendo o fato ser comunicado ao Município, observado neste caso o disposto no art. 18 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da ANS.

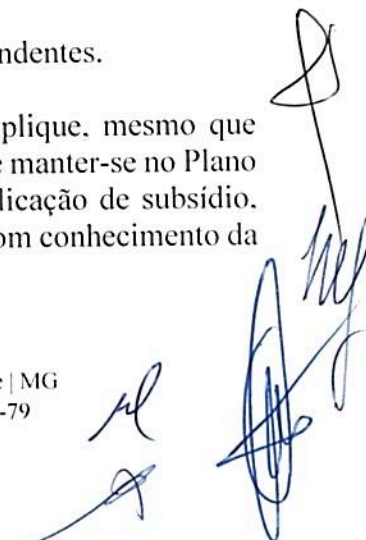
9.19.3. O titular excluído compulsoriamente, nos termos da alínea "b" do subitem 9.19 poderá solicitar nova adesão ao Plano de Saúde, após a quitação do débito e mediante disponibilidade de margem consignável, submetendo-se ao cumprimento de carências, conforme legislação específica.

9.19.4. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

9.20. No caso licença sem vencimentos, ou qualquer outra situação que implique, mesmo que temporariamente, a suspensão de proventos, o beneficiário terá a opção de manter-se no Plano de Saúde desde que assuma o respectivo custeio das despesas, sem aplicação de subsídio, através de boleto bancário encaminhado diretamente pela Credenciada, com conhecimento da Gestora.

9.21. No caso de cessão a outro órgão, Estado ou Município:

Rua Espírito Santo, nº 605 – 10º andar – Centro - CEP: 30.160.919 - Belo Horizonte | MG
☎ +55 31| 3246.7044 ✉ contato@pbhativos.com.br CNPJ: 13.593.766/0001-79



- a) com ônus para o Município: o beneficiário permanecerá no Plano de Saúde, mantendo as mesmas condições de subsídio já aplicadas; caso opte pela não permanência, o beneficiário deverá solicitar a sua exclusão;
- b) sem ônus para o Município: o beneficiário poderá optar por permanecer no Plano de Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período do afastamento, o respectivo custeio das despesas, sem aplicação de subsídio, através de boleto bancário, encaminhado diretamente pelas Credenciadas; caso opte pela não permanência, o beneficiário deverá solicitar a sua exclusão.

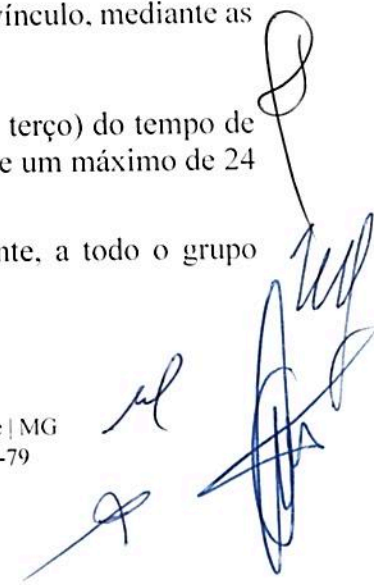
9.22. Nos casos de afastamento por motivo de licença médica ou aposentadoria por invalidez, o beneficiário celetista poderá permanecer no Plano de Saúde, devendo assumir, durante o período, o respectivo custeio, com subsídio, das despesas, por meio de boleto bancário encaminhado diretamente pela Credenciada, com conhecimento da Gestora.

9.23. O ex-empregado aposentado que contribuiu para o custeio de plano privado de assistência à saúde, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, tem o direito de manter sua condição de beneficiário, pelo prazo que desejar, em carteira específica de funcionários demitidos e aposentados das operadoras credenciadas, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, realizando o pagamento integral das despesas, sem subsídio, por meio de boleto bancário encaminhado diretamente pela operadora.

9.24. O ex-empregado aposentado que contribuiu para o custeio de plano privado de assistência à saúde, em decorrência do vínculo empregatício, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, por período inferior a dez anos, tem o direito de manter sua condição de beneficiário, em carteira específica de funcionários demitidos e aposentados das operadoras credenciadas, à razão de um ano para cada ano de contribuição, realizando o pagamento integral das despesas, sem subsídio, por meio de boleto bancário encaminhado diretamente pela operadora.

9.25. É garantida a manutenção de beneficiários titulares, após a perda do vínculo com o Município, bem como perda de mandato, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, através de boleto bancário encaminhado diretamente pelas Credenciadas. Sendo o contrato de permanência em carteira de ex-funcionários vinculado às Credenciadas, ficando o Município isento de qualquer responsabilidade posterior após a perda do vínculo, mediante as seguintes condições:

- a) o período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
- b) a manutenção de que trata este subitem é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da existência de vínculo com o Município.



9.25.1. A condição prevista no caput deste subitem deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego ou função pública e/ou quando o agente público solicitar exoneração ou desligamento.

9.26. Em caso de morte do beneficiário titular, será realizada sua exclusão e consequentemente de seus dependentes, mediante apresentação da certidão de óbito e/ou documento do SISOBI.

9.26.1. Os beneficiários dependentes, já incluídos em um dos planos por beneficiário titular que venha a falecer no período de vigência do contrato, poderão realizar nova adesão na carteira de ex-funcionários demitidos ou falecidos, através da assinatura de termo específico com a operadora, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, através de boleto bancário encaminhado diretamente pelas Credenciadas. Sendo o contrato de permanência em carteira de ex-funcionários vinculado às Credenciadas, ficando o Município isento de qualquer responsabilidade posterior, sendo que o período de manutenção da condição de beneficiário(s) será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência do respectivo titular no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

9.27. Caberá às operadoras credenciadas oferecer carteiras que viabilizem os termos previstos neste instrumento para demitidos e aposentados, bem como para os dependentes dos falecidos, de acordo com a Resolução Normativa - RN Nº 279, da ANS, de 24 de novembro de 2011, artigo 13º, item II, e suas alterações.

9.28. O Município, por meio da Gestora, obriga-se a comunicar às Credenciadas todo tipo de evento que implique na perda de direito, de qualquer beneficiário, e a falta de margem consignável do beneficiário titular.

9.29. Na falta ou insuficiência de margem consignável, o agente público deverá assumir o custeio das despesas por meio de boleto bancário encaminhado diretamente pelas Credenciadas. Sendo este inadimplente, por mais de 60 (sessenta) dias corridos, o Município assume o pagamento à Credenciada da referida despesa, se responsabilizando pela cobrança posterior ao beneficiário, por meio da Gestora.

9.30. O Município não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pelas Credenciadas, nem por eventuais débitos ocorridos, após ter comunicado o evento que implique na exclusão de qualquer beneficiário.

9.31. O agente público inadimplente deverá quitar seus débitos relativos ao plano de saúde e/ou odontológico, mesmo em caso de exclusão.

9.32. Todos os procedimentos referentes à operacionalização do plano seguirão a legislação vigente do Município de Belo Horizonte.

9.33. Todas as movimentações e adesões deverão seguir um modelo de leiaute a ser disponibilizado pelo Município para todos os planos credenciados.

10. REEMBOLSO

10.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas Credenciadas, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

- a) o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento; ou
- b) se configurar urgência ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento; ou
- c) houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

10.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência das Credenciadas, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados:

- a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) recibos de pagamento dos honorários profissionais;
- c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

10.3. Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar às Credenciadas a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso, independentemente do término da vigência do Contrato.

11. CUSTEIO DOS PLANOS

11.1. O custeio do Plano de Assistência à Saúde Suplementar será de responsabilidade do Município e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais, conforme regulamento próprio do Município para essa matéria.

11.2. A contribuição percentual do Município para o custeio do valor da mensalidade do agente público será repassada diretamente às Credenciadas.

11.3. Caso a cobrança da contribuição de responsabilidade dos beneficiários titulares não possa ser efetuada por meio de consignação em folha de pagamento do Município, independentemente do motivo, as Credenciadas deverão efetuar a cobrança por meio da emissão de boleto bancário.

11.4. As Credenciadas informarão mensalmente ao Município, através da Gestora, o número de beneficiários titulares e dependentes, disponibilizando a sua base de dados cadastrais, até o 2º (segundo) dia útil do mês da competência.

- 11.5. As Credenciadas informarão mensalmente ao Município, através da Gestora, os valores para desconto em folha, por meio da disponibilização de arquivo de "prévia", até o 2º (segundo) dia útil do mês da competência.

12. POLÍTICA DE QUALIDADE

- 12.1. A finalidade da política de qualidade é assegurar que as Credenciadas irão proporcionar aos usuários o atendimento com a qualidade necessária, tanto nos serviços de saúde contratados, quanto no atendimento ao cliente prestado pela operadora. Os esforços da política de qualidade deverão estar direcionados para a gestão e monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelas Credenciadas. Para tanto, este processo junto à operadora se fará em dois níveis:

- a) apreciação do nível de acreditação das Credenciadas;
- b) definição e monitoramento dos indicadores de qualidade das Credenciadas.

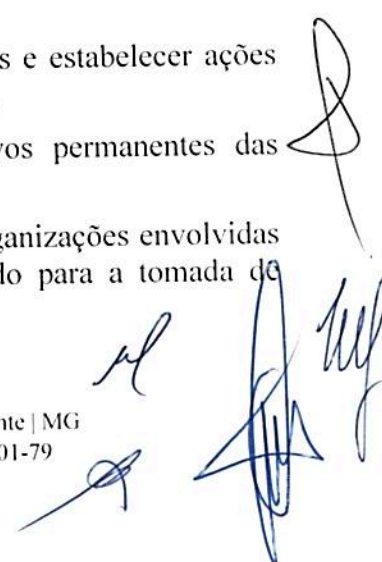
12.1.1. Para este fim, os seguintes eixos foram definidos pelo Contratante:

- I) gerenciamento das condições de saúde;
- II) atendimento às necessidades de saúde;
- III) humanização do cuidado;
- IV) acesso aos serviços de saúde;
- V) equidade.

- 12.2. Será exigido um alto nível de comprometimento das Credenciadas com os resultados dos serviços entregues aos beneficiários por sua rede própria e/ou credenciada.

- 12.3. Os seguintes princípios gerais nortearão a Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado no planejamento, monitoramento e avaliação da qualidade:

- a) foco no beneficiário: entender as necessidades dos beneficiários com relação ao atendimento e acesso aos serviços de saúde;
- b) gestão por diretrizes: estabelecer direção de forma planejada para atendimento às premissas da política de atenção à saúde do Município;
- c) abordagem por indicadores: monitorar indicadores de saúde pré-estabelecidos em contrato, tanto de processos, quanto de resultados;
- d) abordagem sistêmica para a gestão: verificar as não conformidades e estabelecer ações corretivas para possibilitar o atendimento das premissas estipuladas;
- e) melhoria contínua: fazer da melhoria contínua um dos objetivos permanentes das organizações e atores envolvidos;
- f) abordagem factual para a tomada de decisões: assegurar que as organizações envolvidas utilizem dados gerados por medições e atividades de aprendizado para a tomada de decisões;



- g) benefícios mútuos na relação sistêmica: adotar acordos de metas de resultados e bonificação, para promover a contribuição de valor agregado na relação entre as organizações envolvidas: serviços credenciados, operadora e Município.

12.4. Os indicadores de qualidade que contemplam a conjunção de dimensões críticas para o atendimento das premissas são:

- a) qualidade intrínseca percebida: percepção do beneficiário sobre a qualidade técnica do serviço que recebe das organizações envolvidas;
- b) qualidade intrínseca avaliada: avaliação dos resultados técnicos alcançados por todos os beneficiários;
- c) dimensão custo: avaliação do custo benefício e do custo efetividade dos resultados alcançados;
- d) dimensão atendimento: avaliação das variáveis tempo de espera, cortesia e resolução dos problemas pela rede credenciada;
- e) dimensão segurança: percepção do cliente sobre a capacidade das organizações envolvidas na entrega e zelo do serviço;
- f) dimensão ética: avaliação da conduta dos profissionais da operadora e das equipes de saúde, frente aos códigos de ética profissionais e da instituição.

12.4.1. O Município fará a avaliação da qualidade dos serviços credenciados utilizando índice de satisfação dos agentes públicos realizados por meio de pesquisa periódica e, também, pelo número de ocorrências e reclamações do plano de saúde realizadas pelos beneficiários, considerando os eixos estruturadores descritos no item 12.4. O instrumento de coleta de dados será validado a priori com as Credenciadas.

12.4.2. O Município acompanhará índice de satisfação baseado na metodologia da ANS, bem como sanção pecuniária em primeira instância.

12.4.3. O Município avaliará a proporção de beneficiários com desistência a cada ano do Contrato.

12.5. Das Credenciadas espera-se o reconhecimento da importância de estabelecer novos padrões de serviços para atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, assegurando, assim, que esses serão satisfeitos. Devem comprometer-se, também, com a procura da melhoria contínua desses padrões, buscando garantir a permanência dos beneficiários.

12.6. O Contratante, anualmente, por meio da Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado, preconizará, junto com as Credenciadas, um conjunto de diretrizes, planos e indicadores, estabelecendo um padrão de qualidade de serviços para o exercício fiscal.

12.7. O Contratante requisitará da operadora a garantia do comprometimento institucional com a qualidade dos serviços de forma documentada. Essa documentação permite demonstrar que na operadora existe:

- a) comprometimento da direção;

b) estrutura compatível;

c) descrições de como as tarefas são executadas e controladas para atingir os objetivos desse comprometimento;

d) política da qualidade da operadora.

12.8. O Contratante requisitará à direção da operadora a garantia de que as necessidades de saúde dos beneficiários serão sempre analisadas criticamente, compreendidas e atendidas.

12.9. O Contratante receberá um organograma da operadora, mostrando seus responsáveis, o interrelacionamento entre eles, as suas funções e níveis de alçada, no sentido de compreender o processo decisório.

12.10. Os processos de comunicação entre as partes devem estar adequados para resolução de problemas e troca de informações. A operadora deverá ter, no mínimo, uma unidade administrativa, com a devida autonomia gerencial e operacional, situada fisicamente em Belo Horizonte e Região Metropolitana para facilitar esse processo.

12.11. Para que o Contratante atenda às necessidades dos usuários do plano, torna-se necessário o estabelecimento de determinados parâmetros, aqui denominados "Padrão de Serviços", em relação à utilização dos serviços de saúde.

12.11.1. Os padrões de serviços derivam da política da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, a qual coloca a necessidade do usuário como centro da organização dos serviços. Esses parâmetros irão orientar a contratação e as atividades da operadora de serviços, a manutenção e a análise desses indicadores constituirão o núcleo do trabalho da Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado. Assim, será possível verificar o cumprimento dos padrões e o alcance de metas estabelecidas, quando for o caso.

12.12. O uso intensivo de informações é outro pressuposto do plano. Para tanto, é essencial que todos os atendimentos e contatos realizados entre o beneficiário e o complexo de assistência à saúde das Credenciadas sejam devidamente registrados e que tais registros sempre contenham pelo menos a identificação:

- I. do beneficiário (nome, matrícula e/ou CPF);
- II. do estabelecimento que realizou o atendimento;
- III. do profissional que realizou o atendimento;
- IV. da localidade;
- V. data e hora do atendimento; e
- VI. ação, atividade ou procedimento realizado.

13. MONITORAMENTO

13.1. O Contratante, por meio da Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado, acompanhará o desempenho da carteira por indicadores a serem definidos conjuntamente com as Credenciadas, mas que já se fazem conhecer pela lista a seguir:

a) Número de consultas por usuário ano (média populacional)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Parâmetro de serviço: manter média de 4 (quatro) consultas por usuário por ano. Indicador

(es): média de consultas por usuário por ano.

$$\text{consultas por usuário por ano} = \frac{\text{total de consultas realizadas ate 31 de dezembro do ano anterior}}{\text{número de usuários do plano em 31 de dezembro do ano anterior}}$$

b) Número de consultas por usuário ano (registro individualizado)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Padrão de serviço: manter registro individualizado do número de consultas realizadas por cada um dos inscritos no plano de saúde.

Indicador (es): número médio de consultas por usuário por ano (inclui os que não realizaram nenhuma consulta)

$$\text{consultas por usuário} = \frac{\text{somatório do número de consultas realizadas por cada usuário no período}}{\text{número de usuários do plano no final do período}}$$

c) Número de consultas por usuário ano que realizaram pelo menos uma consulta no período (exclui os usuários que não realizaram consultas no período)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Parâmetro de serviço: a ser definido

Indicador (es): Número médio de consultas por usuários que realizaram pelo menos uma consulta no período.

$$\text{Consultas por usuário} = \frac{\text{somatório do número de consultas realizadas por cada usuário que realizaram pelo menos uma consulta no período}}{\text{número de usuários do plano que no ano realizaram pelo menos uma consulta no período}}$$

d) % de Exames preventivos realizados

Objetivo: garantir a cobertura por exames para detecção precoce de cânceres de mama, colo de útero e intestino.

Parâmetro de serviço: a ser definido

Indicador (es): percentual das populações específicas cobertas por exames de mamografia, Papanicolau e sangue oculto nas fezes.

a) Número de consultas por usuário ano (média populacional)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Parâmetro de serviço: manter média de 4 (quatro) consultas por usuário por ano. Indicador

(es): média de consultas por usuário por ano.

$$\text{consultas por usuário por ano} = \frac{\text{total de consultas realizadas ate 31 de dezembro do ano anterior}}{\text{número de usuários do plano em 31 de dezembro do ano anterior}}$$

b) Número de consultas por usuário ano (registro individualizado)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Padrão de serviço: manter registro individualizado do número de consultas realizadas por cada um dos inscritos no plano de saúde.

Indicador (es): número médio de consultas por usuário por ano (inclui os que não realizaram nenhuma consulta)

$$\text{consultas por usuário} = \frac{\text{somatório do número de consultas realizadas por cada usuário no período}}{\text{número de usuários do plano no final do período}}$$

c) Número de consultas por usuário ano que realizaram pelo menos uma consulta no período (exclui os usuários que não realizaram consultas no período)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Parâmetro de serviço: a ser definido

Indicador (es): Número médio de consultas por usuários que realizaram pelo menos uma consulta no período.

$$\text{Consultas por usuário} = \frac{\text{somatório do número de consultas realizadas por cada usuário que realizaram pelo menos uma consulta no período}}{\text{número de usuários do plano que no ano realizaram pelo menos uma consulta no período}}$$

d) % de Exames preventivos realizados

Objetivo: garantir a cobertura por exames para detecção precoce de cânceres de mama, colo de útero e intestino.

Parâmetro de serviço: a ser definido

Indicador (es): percentual das populações específicas cobertas por exames de mamografia, Papanicolau e sangue oculto nas fezes.

$$\% \text{ mamografia} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de mulheres com 40 anos ou mais que realizaram pelo menos uma mamografia no período}}{\text{n}^\circ \text{ de mulheres usuárias do plano com 40 anos ou mais no período}} \times 100$$

$$\% \text{ papanicolau} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de mulheres com 20 anos ou mais que realizaram pelo menos um papanicolau no período}}{\text{n}^\circ \text{ de mulheres usuárias do plano com 20 anos ou mais no período}} \times 100$$

$$\% \text{ pesquisa de sangue oculto nas fezes} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de usuários com 50 anos ou mais que realizaram pelo menos uma pesquisa de sangue oculto nas fezes no período}}{\text{n}^\circ \text{ de usuários do plano com 50 anos ou mais no período}} \times 100$$

e) Informações sobre a gestação e o parto

Objetivo: Monitorar a saúde materno-infantil.

Parâmetro de serviço: relatório com todos os dados constantes da Declaração de Nascimento Vivo (DN).

Indicador (es): percentual de partos realizados no âmbito do plano de saúde cujos dados da DN foram transcritos para o sistema de informações do plano.

$$\% \text{ DN compiladas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de partos cujos dados da DN foram compilados para o SI do plano de saúde no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100$$

f) Realização de consultas de pré-natal

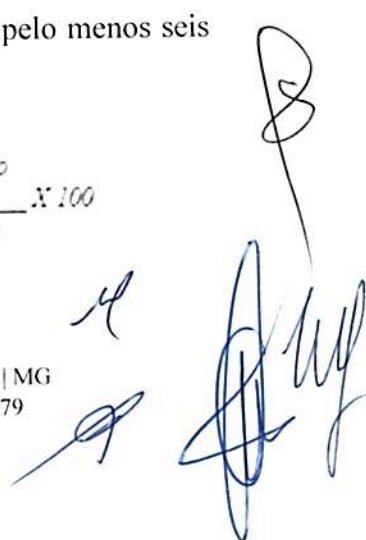
Objetivo: realizar e monitorar as consultas de pré-natal nas gestações iniciadas na vigência do plano de saúde.

Parâmetro de serviço: realizar pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal nas gestações iniciadas na vigência do plano de saúde.

Indicador (es): percentual dos partos onde a DN registra a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal durante a gestação.

$$\% \text{ DN compiladas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de partos com pelo menos 6 consultas de pré-natal no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100$$

g) Taxa de cesarianas realizadas



Objetivo: monitorar o percentual de cesarianas em relação aos partos realizados no âmbito do plano de saúde.

Parâmetro de serviço: manter a taxa de cesarianas abaixo de 50% (cinquenta por cento) nos partos realizados.

Indicador (es): percentual dos partos, por cesariana, realizados.

$$\% \text{ de cesarianas} = \frac{\text{nº de partos por cesariana realizados no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100$$

h) Consulta de puericultura

Objetivo: monitorar a realização da primeira consulta de puericultura.

Parâmetro de serviço: realizar a primeira consulta de puericultura no primeiro mês de vida.

Indicador (es): percentual dos recém-nascidos que realizam a primeira consulta no decorrer do primeiro mês de vida.

$$\% \text{ puericultura no primeiro mês de vida} = \frac{\text{nº de RN com consulta de puericultura no 1º mês de vida no período}}{\text{total de partos realizados no período}} \times 100$$

i) Vigilância de fatores de risco (FR)

Objetivo: Identificar beneficiários precocemente e oferecer-lhes o cuidado adequado. No mesmo sentido, é importante medir a prevalência destes fatores de risco na carteira e acompanhar suas variações ao longo do tempo e entre diferentes grupos.

Parâmetro de serviço: identificar a cada ano pelo menos 10% (dez por cento) dos beneficiários que apresentam fatores de riscos associados às doenças crônicas.

Indicador (es): índice de identificação de beneficiários que apresentam fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis.

$$\text{Índice de FR} = \frac{\text{nº de usuários com determinado FR identificados no período}}{\text{nº estimado de beneficiários que apresenta o FR}} \times 100$$

j) Especialização na Vigilância de fatores de risco (FR)

Objetivo: Incluir a cada ano beneficiários que apresentam condições específicas (hipertensão, diabetes, obesidade, colesterol elevado e tabagismo) conhecidos pelo Contratante em programas de cuidados específicos.

Parâmetro de serviço: Incluir a cada ano pelo menos 20% (vinte por cento) dos beneficiários que apresentam condições específicas (hipertensão, diabetes, obesidade, colesterol elevado e tabagismo) nos programas de promoção e/ou acompanhamento de crônicos.

Indicador (es): índice de inclusão de beneficiários que apresentam condições específicas em linhas de cuidado organizadas.

$$\text{Índice de inclusão} = \frac{\text{nº de usuários que apresentam condições específicas e que foram incluídos em linhas de cuidado}}{\text{nº de beneficiários que apresentam condições específicas conhecidos pela CONTRATANTE}} \times 100$$

13.2 Além dos indicadores acima listados, outros também serão acompanhados e agrupados em seus respectivos grupos temáticos, como demográficos, epidemiológicos e econômico-financeiros.

a) Demográficos

I. População total por idade e sexo

Modelo de Distribuição Tabular do número de beneficiários, segundo a faixa etária e o sexo.

II. Taxa bruta de mortalidade

$$\text{Tx bruta de mortalidade} = \frac{\text{nº total de óbitos entre beneficiários}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

III. Mortalidade proporcional por idade

$$\text{Mortalidade proporcional por idade} = \frac{\text{nº de óbitos na faixa etária}}{\text{Total de óbitos entre beneficiários (excluídos os com idade ignorada)}} \times 100$$

IV. Proporção de idosos na população

$$\text{Proporção de idosos} = \frac{\text{nº de beneficiários com 60 ou mais anos de idade}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

V. Índice de envelhecimento

$$\text{Índice de envelhecimento} = \frac{\text{nº de beneficiários com 65 anos ou mais de idade}}{\text{nº de beneficiários com menos de 15 anos de idade}} \times 100$$

VI. Razão de dependência

$$\text{Razão de dependência} = \frac{\text{nº de beneficiários de 0 a 14 e de 60 ou mais anos de idade}}{\text{nº de beneficiários de 15 a 64 anos de idade}} \times 100$$

b) Epidemiológicos

I. Prevalência de fatores de risco

(dados a serem obtidos no levantamento de necessidades de saúde dos usuários)

II. Prevalência de tabagismo

$$\text{Prev. de tabagismo} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam fumar cigarros}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

III. Prevalência de sobrepeso e obesidade

$$\text{Prev. de sobrepeso} = \frac{\text{nº de beneficiários com IMC de 25 a 29,9 Kg/m}^2}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

$$\text{Prevalência de obesidade} = \frac{\text{nº de beneficiários IMC } \geq 30 \text{ Kg/m}^2}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

IV. Prevalência de dieta inadequada

$$\text{Consumo insuficiente de frutas e verduras} = \frac{\text{nº de beneficiários com consumo insuficiente de frutas e verduras}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

$$\text{Consumo excessivo de sal} = \frac{\text{nº de beneficiários que consomem sal em excesso}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

V. Prevalência de consumo excessivo de álcool

$$\text{Consumo excessivo de álcool} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam consumo semanal de 15 ou mais doses de bebida alcoólica por semana}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

VI. Prevalência de hipertensão arterial (HA)

$$\text{Prev. de HA} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam diagnóstico de HA}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

VII. Diabetes (DM)

$$\text{Prev. de DM} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam diagnóstico de DM}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

VIII. Depressão

$$\text{Prev. de depressão} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam diagnóstico de depressão}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

IX. Avaliação negativa da própria saúde (ANPS)

$$\text{Prev. de ANPS} = \frac{\text{nº de beneficiários que avaliam a própria saúde com ruim ou muito ruim}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

X. Indicadores Internações (a serem definidos)

[Handwritten signatures and initials]

c) Financeiro

I. *Rentabilidade da carteira*

Objetivo: Os indicadores de rentabilidade revelam a eficiência da gestão na geração de resultado.

Fórmula:

$$\text{Rentabilidade} = \frac{\text{resultado operacional gerencial}}{\text{receita bruta}} \times 100$$

Periodicidade trimestral.

II. *Composição da Receita bruta*

Objetivo: apresentar a composição da receita bruta do plano, decomposta em:

- Receita bruta do beneficiário
- Receita bruta do dependente
- Receita bruta da coparticipação

Periodicidade mensal.

III. *Custo assistencial Conceituação*

Mede o custo de atenção à saúde aos beneficiários, isto é, todo e qualquer gasto com assistência à saúde efetuado pelas Credenciadas em sua atividade fim.

O custo assistencial é composto pelo somatório dos seguintes itens:

- custo de plano de saúde;
- repasse odontologia;
- reembolso a clientes (procedimentos);
- custo promoção saúde.

$$\text{Custo assistencial} = (\text{custo de plano de saúde} + \text{repasse} + \text{reembolso} + \text{custo da promoção da saúde})$$

Periodicidade mensal

IV. *Despesas operacionais*

Conceituação

Indica o montante da receita destinado a pagar as despesas operacionais da empresa, em relação à receita bruta.

Método de cálculo

$$\text{Despesas operacionais} = \frac{\text{despesas operacionais}}{\text{receita bruta}} \times 100$$

A despesa operacional é composta do somatório dos seguintes itens:

- despesas com pessoal;
- despesas administrativas;
- despesas com publicidade e propaganda;

Rua Espírito Santo, nº 605 – 10º andar – Centro - CEP: 30.160.919 - Belo Horizonte | MG
☎ +55 31 3246.7044 ✉ contato@pbhativos.com.br CNPJ: 13.593.766/0001-79

- despesas financeiras;
- despesas tributárias;
- despesas com vendas (caso exista);
- depreciação e amortização;

Periodicidade mensal

V. *Liquidez*

Conceituação

Avalia a capacidade financeira das Credenciadas em liquidar todas as obrigações assumidas com terceiros ao longo dos prazos pactuados. O método de cálculo detalhado a seguir se refere ao conceito de liquidez geral.

Método de cálculo

$$\text{Liquidez} = \frac{(\text{ativo circulante} + \text{duplicatas descontadas} + \text{realizável a longo prazo})}{(\text{passivo circulante} + \text{duplicatas descontadas} + \text{exigível a longo prazo})}$$

Periodicidade: semestral

VI. *Índice de giro de operação*

Conceituação

IGO – Índice de Giro de Operação é um índice criado pela ANS para estabelecer um padrão mínimo de liquidez e rentabilidade das operadoras. O valor mínimo é 1 (um), e as operadoras abaixo deste índice devem apresentar plano de recuperação financeira. Há uma variação, identificada (veja o tópico correspondente).

Método de cálculo

$$\text{IGO} = \left\{ \frac{(\text{ativo circulante} / \text{passivo circulante})}{(\text{custo assistencial} + \text{despesas de comercialização}) / \text{faturamento líquido}} \right\} \times W$$

Periodicidade: semestral

VII. *Endividamento*

Conceituação

Avalia o grau de endividamento, ou seja, qual a parcela de recursos de terceiros foi tomada em relação ao ativo. O método de cálculo a seguir se refere ao conceito de endividamento geral.

Método de cálculo

$$\text{Endividamento} = \frac{(\text{passivo circulante} - \text{exigível a longo prazo} - \text{duplicatas descontadas})}{(\text{ativo circulante} - \text{duplicatas descontadas})} \times 100$$

Periodicidade: semestral

14. ACEITE DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

[Handwritten signatures and initials]

14.4.1. A aceitação e o pagamento dos serviços prestados condicionar-se-ão ao resultado apurado pelo Contratante em relatório mensal, no qual constará procedimento avaliatório indicando se o pagamento às Credenciadas deverá ser integral ou deverá ocorrer a dedução de penalidades previstas no Acordo do Nível de Serviço, conforme estabelecido no item 16 deste Projeto Básico.

14.4.2. Em caso de rejeição total/parcial do objeto contratado, substituição ou demais hipóteses de descumprimento de outras obrigações contratuais, avaliadas na etapa de recebimento, sujeitará a CONTRATADA à aplicação das sanções administrativas cabíveis.

15. OBRIGAÇÕES E REMUNERAÇÃO DA GESTORA

15.1. Dada a complexidade do credenciamento de planos de saúde e a necessidade de interlocução operacional imparcial, no que tange à adesão do agente público em qualquer um dos planos em qualquer operadora, permitindo isonomia de informações para os agentes públicos e gestores do Município, o Contratante designará Gestora para operacionalização dos planos de saúde e intermediação das credenciadas com o Município e os agentes públicos. Os serviços prestados pela gestora permitirão maior e melhor controle financeiro do Contrato, maior segurança cadastral com consequente redução de risco de erros de movimentação, melhor interface com agentes públicos com maior número de serviços e canais de contato e garantia de respeito às margens comprometidas. Sendo assim, as atividades de responsabilidade da Gestora estão sumarizadas, ao menos, nos seguintes itens:

15.1.1. Disponibilização de equipe para atendimento dos agentes públicos, através de central de atendimento presencial, além de atendimento via Call Center, e plataforma online, email e chat, em horários e condições definidas em contrato entre o MBH e gestora.

15.1.2. Gestão Operacional dos Contratos:

- a) faturamento e conferência de faturas;
- b) movimentação e base cadastral;
- c) reembolsos;
- d) relacionamento multicanal com agentes públicos;
- e) gestão do comprometimento das margens.

15.1.3. Gestão estratégica:

- a) relatórios analíticos e gerenciais da situação das apólices;
- b) simuladores financeiros das apólices e projeções financeiras;
- c) monitorar os índices de sinistralidade.

15.2. A Credenciada ficará obrigada a remunerar a Gestora, sendo o valor do pagamento calculado por linha, onde cada vida, em cada plano (de saúde e odontológico) é considerada uma nova linha.

15.3. O valor a pagar por linha será definido após celebração de contrato entre o MBH e a empresa gestora contratada.

15.3.1. O valor atualmente pago para remuneração do serviço da gestora é R\$ 3,10 (três reais e dez centavos) por linha (nos termos do subitem 15.2), podendo ser alterado após conclusão de processo licitatório para a contratação da gestora.

15.4. A remuneração deverá ser realizada diretamente entre as Credenciadas e a Gestora designada.

15.5. As precificações citadas neste Projeto Básico devem contemplar esses custos, de acordo com a estratégia de cada operadora.

15.6. A Gestora informará ao Município os valores referentes ao desconto em folha dos agentes públicos dos referidos planos de Assistência à Saúde Suplementar, os quais serão repassados às operadoras e fará a apuração dos valores não descontados, para a emissão pela Credenciadas dos boletos bancários correspondentes, de acordo com a regra de cobrança a ser adotada pela MBH, com prévia comunicação à Credenciada.

16. NÍVEIS DE SERVIÇOS (SLA's)

16.1. INTRODUÇÃO

16.1.1. Os níveis de serviço são critérios objetivos e mensuráveis com a finalidade de aferir e avaliar fatores relacionados aos serviços contratados, principalmente qualidade, desempenho e disponibilidade.

16.1.2. Caso não seja atingido o nível esperado de qualidade de prestação de serviço, desempenho ou disponibilidade o valor mensal a ser pago à CONTRATADA será reduzido, conforme os índices de desconto relacionados na TABELA 1 e TABELA 2 deste anexo.

16.1.3. Para aferição do cumprimento do contrato serão utilizados indicadores de "Níveis de Serviços e ocorrências registradas pela CONTRATANTE".

16.1.4. A execução dos serviços será fiscalizada pelo CONTRATANTE, que fará o acompanhamento da qualidade e dos "Níveis de Serviços" alcançados com vistas a efetuar eventuais ajustes e correções de rumo.

16.1.5. Os percentuais das penalidades serão incididos sobre o valor da nota fiscal (subsídio mais o valor referente ao desconto em folha dos agentes públicos) no mês da prática da infração, ou mês subsequente.

16.1.6. A CONTRATADA deverá elaborar e entregar ao CONTRATANTE junto com a fatura mensal referente a todos os serviços contratados relatórios de níveis de serviço, analíticos e consolidados, que demonstrem volume de entregas, dos itens relacionados na TABELA 1 e quantitativo e tempestividade dos atendimentos relacionados na TABELA 2.

16.2. INDICADORES DE NÍVEIS DE SERVIÇO

TABELA 1 – ENTREGAS

Descrição	Penalidade Índice de desconto
-----------	----------------------------------

Fornecer 1ª e/ou 2ª vias do Cartão de Identificação com prazo superior ao estipulado na Cláusula “Obrigações da Contratada” do Contrato. Haverá tolerância neste caso em até 5% do total de solicitações no mês de ocorrência. Considera-se o prazo para postagem.	0,15%
Deixar de encaminhar, nos prazos acordados, qualquer um dos relatórios previstos no item 13 do Anexo I, sem qualquer justificativa técnica.	0,25%
Deixar de encaminhar, nos prazos acordados, as informações cadastrais descritas no subitem 11.4 do Anexo I.	0,25% por dia de atraso.
Deixar de encaminhar, nos prazos acordados, as informações cadastrais descritas no subitem 11.5 do Anexo I.	0,25% por dia de atraso.

TABELA 2 – SERVIÇOS

Descrição	Penalidades
Não arcar com ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço quando não houver disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelas Credenciadas, conforme previsto no item 3.6 deste Projeto Básico.	0,25% por ocorrência registrada, limitado a 5% do valor total da fatura.
Deixar de assegurar acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada até que haja disponibilidade de leito, conforme estabelecido no item 3.5 deste Projeto Básico.	0,25% por ocorrência registrada, limitado a 5% do valor total da fatura.
Deixar de manter ativa operação da central telefônica gratuita, conforme descrito nas Obrigações da Contratada, salvo por motivo de força maior.	0,25% por dia de inatividade da Central telefônica limitado a 3% do valor total da fatura.
Deixar de assegurar a remoção do beneficiário hospitalizado, nos termos do item 7 deste Projeto Básico.	0,5% por ocorrência registrada, limitado a 5% do valor total da fatura.
Atrasar os prazos relativos à autorização de exames e procedimentos eletivos previstos na legislação vigente.	0,01% por ocorrência registrada, limitado a 2% do valor total da fatura.

16.3. PENALIDADES

- 16.3.1. A CONTRATADA deverá considerar os registros, controles, relatórios e informações prestados por ela como meio de fiscalização, além de outros itens de gestão da qualidade do serviço previsto neste Anexo.
- 16.3.2. As penalidades são independentes entre si, podendo ser aplicadas em conjunto ou separadamente com as demais penalidades previstas neste contrato, após a análise do caso concreto e não exime a CONTRATADA da plena execução do objeto contratado.
- 16.3.3. Os descontos decorrentes do descumprimento do acordo de serviço dispensam a instauração de processo administrativo específico.
- 16.3.4 A aplicação das sanções previstas não exclui a possibilidade de aplicação de outras, previstas na Lei Federal nº 8.666/1993 e Decreto Municipal 15.113/2013 inclusive a responsabilização da licitante credenciada por eventuais perdas e danos causados ao MBH.
- 16.3.5. Para os serviços previstos e obrigações deles decorrentes, para os quais não foram criadas sanções específicas neste Anexo, aplicar-se-á o disposto no Decreto Municipal nº 15.113/2013 em especial o disposto nas cláusulas de Sanções Administrativas do Edital e do Contrato.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

ANEXO II
MATRIZ DE RISCO

MATRIZ DE RISCOS							
ID	RISCO	DESCRIÇÃO	EFEITO	PROBABILIDADE	IMPACTO	ESTRATÉGIA	AÇÃO
1	Contratada Falir	Extinção da Empresa durante vigência Contratual.	Paralisação total da prestação dos serviços.	Raro	Alto	Mitigar os riscos	Aplicar sanções por descumprimento do Contrato de possíveis danos ao Contratante e Rescisão Contratual.
2	Baixa Qualidade e Eficiência dos Serviços Prestados	Perda da qualidade dos serviços prestados, perda de profissionais ou clínicas na rede credenciada.	Insatisfação dos usuários, aumento do índice de reclamações.	Possível	Alto	Mitigar os riscos	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar o serviço prestado por meio de indicadores. Solicitar à Contratada os ajustes e correções necessárias. Aplicar sanções por descumprimento do Contrato.
3	Contratada não cumprir o SLA para os serviços contratados	Descumprimento dos prazos de entrega dos arquivos/dados para processamento da folha de pagamento.	Atraso no processamento ou impossibilidade do processamento na folha de pagamento.	Possível	Alto	Mitigar os riscos	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar as multas relativas ao Acordo do Nível de Serviço. Aplicar sanções por descumprimento do Contrato.
4	Judicialização por alterações da regra de negócio	Empresa não atende à alteração necessária em função de mudança na regra de negócio.	Prejudicar o serviço prestado.	Possível	Alto	Mitigar os riscos	Aplicar sanções por descumprimento do Contrato.
							Contratante
							Contratante
							Contratante
							Contratante

Handwritten signatures and notes:

696
2
1 Vitor
Contratante
696
748