

CONVÊNIO Nº.01/2020

**CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM
MUNICÍPIO DE PARANHOS, CÂMARA
MUNICIPAL DE PARANHOS E CAIXA DE
ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO
DE MATO GROSSO DO SUL – CASSEMS.**

MUNICÍPIO DE PARANHOS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº.01.998.335/0001-03, com sede na Av. Marechal Dutra, nº.1500, Centro, Paranhos-MS, neste ato representado pelo prefeito Dirceu Bettoni, brasileiro, portador da cédula de identidade tipo RG nº.505086 SSP/MS e inscrito no CPF sob o nº.437.593.271-68, residente e domiciliado em Paranhos - MS, doravante denominada simplesmente como **CONVENIADA**, e

CÂMARA MUNICIPAL DE PARANHOS, Estado de Mato Grosso do Sul, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF nº.01.998.368/0001-53, com sede na Rua Harry Amorim Costa, nº 767, Centro, Paranhos-MS, neste ato representado pelo Presidente da Câmara, Denilson Aparecido Rafaine, brasileiro, portador da cédula de identidade tipo RG nº.4154078 SSP/PR e inscrito no CPF sob o nº.596.031.609-97, residente e domiciliado em Paranhos – MS, doravante denominada simplesmente como **CONVENIADA**,

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CASSEMS, pessoa jurídica de direito privado, associação civil de fins não econômicos, em autogestão, inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº. 41353-4, com sede na Rua Antônio Maria Coelho, nº. 6065, Vivendas do Bosque, na cidade de Campo Grande - MS, inscrita no CNPJ(MF), sob o n.º 04.311.093/0001-26, neste ato representada pelo Presidente do Conselho de Administração, Ricardo Ayache, brasileiro, médico, portador da cédula de identidade tipo do RG nº. 338802 SSP/MS e inscrito no CPF (MF) sob o nº. 501.258.181-49, residente e domiciliado em Campo Grande - MS, doravante denominada simplesmente **CASSEMS**, resolvem celebrar o presente Convênio pelas disposições a seguir estabelecidas:

Considerando a Lei nº.677/2020, fica autorizado o Poder Executivo Municipal e Poder Legislativo, a firmar convênio com a **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – CASSEMS**, que regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Convênio tem por objeto específico o desconto em folha de pagamento para prestação dos serviços de Assistência à Saúde aos servidores públicos do quadro de servidores da **CONVENIADA**, e aos seus respectivos dependentes, que por opção pessoal, vierem a manifestar o interesse no atendimento prestado, mediante o pagamento de contribuição

estipulada na Cláusula Quarta, através de rede credenciada própria mantida em todos os municípios do Estado de Mato Grosso do Sul pela **CASSEMS**.

§ 1º A Assistência à saúde, mencionada no “caput” desta cláusula garantirá aos seus beneficiários, no mínimo, a assistência médica em consultórios, ambulatórios e hospitais, atendimentos psicológicos, odontológicos, fonoaudiológicos e fisioterapêuticos, além de exames laboratoriais, observadas as exigências de atendimento contidas na Lei Federal nº 9656/98 e demais normas atinentes aos Planos de Saúde expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o Estatuto e Regulamentos da **CASSEMS** e ainda as Decisões Normativas do Conselho de Administração.

§ 2º A participação das **CONVENIADAS**, tem por objetivo a efetivação dos descontos em folha de pagamentos dos servidores que vierem a aderir ao Plano de Assistência à Saúde, visando manter a capacidade laborativa dos seus funcionários e prevenir ocorrências que os afastem do trabalho por motivos de saúde.

§ 3º A opção pelo desligamento do Plano de Saúde se dará mediante manifestação pessoal do servidor público, apresentada à **CASSEMS**, somente após o cumprimento mínimo de 12 (doze) meses de permanência, contado do dia da assinatura do contrato firmado diretamente entre a **CASSEMS** e o servidor, individualmente.

§ 4º Caso haja o pedido de exclusão antes deste período, o **BENEFICIÁRIO** se responsabilizará pelo pagamento da diferença entre as contribuições e despesas assistenciais realizadas, como forma de resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do plano.

1.1 O presente regulamento tem por finalidade a Prestação de Serviços continuada de Assistência à Saúde, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência médico-hospitalar visando à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, com atendimento exclusivamente dentro do território de Mato Grosso do Sul abrangendo a cobertura limitada ao Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, em consonância com o inciso I, do art. 1º, da Lei no 9.656/1998.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA OBEDIÊNCIA AO ESTATUTO

Os Servidores Públicos das **CONVENIADAS**, que aderirem ao plano de saúde oferecido pela **CASSEMS**, declaram ter conhecimento do Estatuto, bem como, as Normas Regulamentares da operadora, pois, soberanas para regular e nortear a relação contratual entre as partes, em especial o caráter associativo da operadora.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

O presente Convênio entra em vigor a partir da data de sua assinatura, com vencimento em 01/08/2021, podendo ser prorrogado por igual período, a critério das partes, mediante

manifestação por escrito desse interesse, com antecedência de 30 (trinta) dias do término do presente.

CLÁUSULA QUARTA - DOS CUSTOS

4.1 MUNICIPIO DE PARANHOS

4.1.1 A CASSEMS prestará os serviços assistenciais aos servidores da **CONVENIADA** mediante a contribuição mensal dos servidores públicos no importe de **16,90%(dezesesseis vírgula noventa por cento)**, sobre rendimento total do servidor incluindo os subsídios e recebimentos relativos ao exercício de mais de um cargo, para aqueles que optarem pelo Plano de Saúde, sendo **8,45%(oito vírgula quarenta e cinco por cento)** descontado diretamente em folha de pagamento do servidor municipal, incidente sobre a remuneração bruta, excetuando-se da remuneração mensal as Horas Extras quando esporádicas, Vale-transportes, Vale-Refeição, Vale-alimentação, 1/3 de férias e 13º (décimo terceiro) salário, percebida dos cofres públicos, descritos na Folha de Pagamento e os **8,45%(oito vírgula quarenta e cinco por cento)**, restantes será pago pela **CONVENIADA**, também incidentes sobre o rendimento total do servidor, a título de contribuição patronal.

4.2 CÂMARA MUNICIPAL DE PARANHOS

4.2.1 A CASSEMS prestará os serviços assistenciais aos servidores da **CONVENIADA** mediante a contribuição mensal dos servidores públicos no importe de **16,90%(dezesesseis vírgula noventa por cento)**, sobre rendimento total do servidor incluindo os subsídios e recebimentos relativos ao exercício de mais de um cargo, para aqueles que optarem pelo Plano de Saúde, sendo **8,45%(oito vírgula quarenta e cinco por cento)** descontado diretamente em folha de pagamento do servidor municipal, incidente sobre a remuneração bruta, excetuando-se da remuneração mensal as Horas Extras quando esporádicas, Vale-transportes, Vale-Refeição, Vale-alimentação, 1/3 de férias e 13º (décimo terceiro) salário, percebida dos cofres públicos, descritos na Folha de Pagamento e os **8,45%(oito vírgula quarenta e cinco por cento)**, restantes será pago pela **CONVENIADA**, também incidentes sobre o rendimento total do servidor, a título de contribuição patronal.

4.3 Os valores devidos pelos beneficiários titulares que, por qualquer motivo, não tiverem sido descontados em folha de pagamento pela empresa patrocinadora deverão ser recolhidos através da forma de cobrança estabelecida pela **CASSEMS**.

4.4 Em função das características dos planos de saúde, periodicamente serão reavaliados os resultados apresentados e, caso seja necessário, as contribuições e a coparticipação financeira, mencionadas no presente contrato poderão ser revistas, de modo a assegurar a manutenção dos benefícios.

4.5 As contribuições destinadas ao custeio do Plano de Benefícios Assistenciais não serão em hipótese alguma devolvidas aos participantes.

4.6 As eventuais insuficiências financeiras da **CASSEMS**, no que se refere ao Plano de Benefícios Assistenciais, deverá ser coberta pela Patrocinadora ou por rateio entre seus participantes.

4.7 A mensalidade arrecadada junto aos Dependentes Agregados, cobrada através de tabela específica, deverá cobrir integralmente o respectivo custeio.

4.8 Os valores das contribuições serão reavaliados periodicamente com base no custo apurado dos benefícios assistenciais, considerando a quantidade de beneficiários, idade e despesas efetivas.

4.9 Titular sem dependente natural, permanece a alíquota mensal atual de contribuição do salário bruto;

- Titular com um único dependente natural, acrescenta 1% na alíquota atual do salário bruto;
- Titular com dois dependentes naturais, acrescenta 1,25% na alíquota atual do salário bruto; e o
- Titular com três ou mais dependentes naturais, acrescenta 1,50% na alíquota atual do salário bruto, todos com teto de contribuição de R\$1.850,00 (um mil oitocentos e cinquenta reais). ”

CLÁUSULA QUINTA – DAS NORMAS REGULADORAS

5.1 Os valores resultantes das contribuições dos servidores inscritos das **CONVENIADAS**, serão creditados mensalmente, através de boleto, até o dia 5º (quinto) dia útil do mês subsequente, a ser pago até o dia 10 (dez) no Banco do Brasil, Agência nº 2609-3, Conta Corrente nº. 9.646-6, em favor da **CASSEMS**, por meio de depósito identificado.

5.1.1 O pagamento total deverá ser realizado em uma única data dentro do período estipulado no item 5.1, não podendo haver fragmentação de valores.

5.2 Não ocorrendo o pagamento das contribuições mencionadas na cláusula quarta até o dia 10 (dez) do mês subsequente, o convênio poderá ser suspenso, com ou sem a necessidade de notificação por parte da **CASSEMS**, ficando a cargo das **CONVENIADAS**, regularizarem a quitação dos débitos sob pena de rescisão que trata a Cláusula Décima Nova.

5.3 Será cobrado pela **CASSEMS** valor de R\$ 30,00 (trinta reais) por Associado Titular e/ou núcleo familiar, em parcela única, por ocasião de inclusão no Plano de Saúde, a título de Taxa de Adesão, valor esse pago pelos optantes e repassado pelas **CONVENIADAS** à **CASSEMS** até o dia 30 do mês subsequente à adesão.



5.3.1 Após a adesão ao Plano de Saúde, será cobrado do Associado Titular uma taxa de R\$ 12,00 (doze reais) por cada inclusão de dependente junto ao Plano de Saúde.

5.4 As **CONVENIADAS** obrigam-se a comunicar à **CASSEMS**, as contribuições, inclusões, exclusões e alterações dos beneficiários para os efeitos deste contrato, através de formulário e meio magnético com layout próprio disponibilizado pela **CASSEMS**, até o dia 05 (cinco) de cada mês de referência.

5.5 Sujeitam-se os servidores que aderirem ao Plano de Saúde o cumprimento inerente a sua condição de participante, assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento e risco de sua inadimplência, que poderá acarretar a rescisão unilateral do contrato.

5.6 O atraso de pagamento no prazo de 50 (cinquenta) dias, consecutivos ou alternados, bem como, a ausência de repasse das contribuições devida pelas **CONVENIADAS**, poderá acarretará a rescisão automática do presente convênio, não gerando à **CASSEMS** o dever de quaisquer indenizações ou restituições de valores pagos anteriormente.

5.7 As **CONVENIADAS** deverão comunicar formalmente e periodicamente uma vez por mês, as exonerações, aposentadorias, licenças, óbitos e ou quaisquer mudanças em relação ao servidor público que impliquem nas contribuições, para a apuração de eventuais débitos de utilização que possibilitam a respectiva cobrança ou rateio, até dia 30(trinta) do mês de referência.

5.8 Os servidores públicos licenciados, que optarem em permanecer com a assistência à saúde oferecida pela **CASSEMS**, durante a licença, deverão contribuir inclusive com a parte patronal, cabendo às **CONVENIADAS** negociarem diretamente com o servidor eventual restituição ou ressarcimento, não cabendo à **CASSEMS** qualquer participação.

5.9 Cabe às **CONVENIADAS** informar a **CASSEMS**, no prazo de 30(trinta) dias, a contar da inclusão, os casos que se encaixem na descrição da Cláusula Quinta, item 5.7 e 5.8, sob pena de ser responsável pelo pagamento integral de eventual utilização indevida do plano de saúde realizada pelo servidor.

5.10 As **CONVENIADAS** deverão repassar mensalmente em favor da **CASSEMS**, planilha contendo demonstrativo da remuneração total do servidor, incluindo os subsídios e recebimentos relativos ao exercício de mais de um cargo, contribuição total por parte do servidor, contribuição total por parte das **CONVENIADAS**, contribuição total referente a agregados e contribuição total referente a taxa de adesão.

5.11 Fica estipulado o mês de aniversário do presente instrumento para as novas inclusões ao plano de saúde, EXCETO no ato do início do presente convênio e nos casos de admissão concomitante a concurso público.

5.12 A inclusão de dependentes agregados dos servidores públicos se dará após 12 (doze) meses de permanência e contribuição do titular junto ao plano de assistência à saúde da **CASSEMS**.

Parágrafo único: As partes concordam que a inclusão de dependentes agregados está condicionada a inscrição de no mínimo 10% (dez por cento) do número total de beneficiários inscritos ativos e que tenham margem consignável para o desconto em folha de pagamento.

5.13 As **CONVENIADAS** não serão responsabilizadas pelas obrigações assumidas pelos gestores do Plano de Saúde, limitando-se apenas, aos repasses das contribuições de que trata a Cláusula Quarta.

CLÁUSULA SEXTA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, a **CASSEMS** compromete-se a prestar aos Beneficiários assistência à saúde continuada, através de serviços próprios ou por rede credenciada, compreendendo procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina.

CLÁUSULA SÉTIMA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1 Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento do plano e os provenientes dos seguintes casos:

- PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS QUE EXIJAM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, REALIZADOS À REVELIA DA OPERADORA E SEM ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES PREVISTAS NO REGULAMENTO;
- DESPESAS HOSPITALARES EXTRAORDINÁRIAS TAIS COMO: TELEFONEMAS, USO DE TELEVISÃO, ALIMENTAÇÃO NÃO PREVISTA NO TRATAMENTO, LAVAGEM DE ROUPAS E INDENIZAÇÃO POR DANOS;
- ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR;
- ESTADA DE PACIENTE OU ACOMPANHANTE EM HOTEL, PENSÃO OU SIMILARES;
- AVALIAÇÕES PEDAGÓGICAS;
- ORIENTAÇÕES VOCACIONAIS;
- ATENDIMENTOS DOMICILIARES, INCLUINDO ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS E SIMILARES PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, SERVIÇOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR E REMOÇÃO DOMICILIAR, EXCETO NOS CASOS DE INTERNAÇÃO

DOMICILIAR OFERECIDA PELA OPERADORA EM SUBSTITUIÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR;

- TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS;
- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS, ÓRTESES E PRÓTESES PARA FINS ESTÉTICOS;
- INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E FERTILIZAÇÃO IN VITRO;
- TRATAMENTOS DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;
- TRATAMENTOS EM SPA, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS;
- FORNECIMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;
- TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO/ODONTOLÓGICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
- ASSISTÊNCIA MÉDICA NOS CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- ASILAMENTO DE IDOSOS;
- MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CITEC;
- FORNECIMENTOS DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, OU SEJA, SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA;
- APLICAÇÃO DE VACINAS;
- ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS;

- PROCEDIMENTOS NÃO DISCRIMINADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE NA DATA DO EVENTO;
- NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;
- PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR OU FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO; E
- ESPECIALIDADES MÉDICAS NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.

7.2 Despesas de acompanhantes, excepcionadas:

- Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
- Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
- Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

CLÁUSULA OITAVA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1 O plano terá as seguintes carências:

- I - 24 (vinte e quatro) horas para urgências e emergências;
- II - 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- III - 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos.

8.2 A contagem do período de carência iniciar-se-á a partir da data de assinatura da proposta de adesão.

CLÁUSULA NONA - CONDIÇÃO DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

9.1 É obrigatória por parte da CASSEMS a cobertura do atendimento nos casos de:

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

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

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

9.3 A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para os atendimentos de urgência e emergência:

I - referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação.

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

CLÁUSULA DÉCIMA - DA REMOÇÃO

10.1 A CASSEMS garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

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

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

10.2 Da Remoção para o SUS:

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

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



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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO REEMBOLSO

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

11.2 O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

12.1 A CASSEMS fornecerá aos beneficiários incluídos no presente contrato o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade e indicação das características básicas do plano contratado, incluindo eventual imposição de cumprimento de cláusula de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

12.2 A qualquer tempo poderá a CASSEMS alterar o Cartão Individual de Identificação ou adotar novo sistema de distinção de seus beneficiários, para uma melhor prestação dos serviços.

12.3 Para a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, é condição obrigatória a apresentação, pelos beneficiários, do Cartão Individual de Identificação válido, acompanhado de um documento original de identidade legalmente reconhecido.

12.4 Na hipótese de rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário por qualquer motivo, é obrigação do beneficiário devolver os respectivos Cartões Individuais de Identificação, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CASSEMS para fins de fruição dos serviços.

12.5 Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o beneficiário deverá comunicar o fato, por escrito à CASSEMS, em 48 (quarenta e oito) horas, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

13.1 A **CASSEMS** assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através dos profissionais credenciados, bem como serviços e hospitais próprios ou credenciados para o plano de saúde objeto desta contratação, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontram-se no site da **CASSEMS**, no endereço www.cassemms.com.br, pelo aplicativo e portal do Beneficiário e pelo telefone (67) 3314-1010.

13.2 As consultas deverão ser agendadas previamente pelos beneficiários, nos telefones e endereços dos consultórios dos médicos escolhidos livremente entre os credenciados da **CASSEMS**.

13.3 Os exames complementares e os serviços auxiliares de apoio e de diagnóstico serão prestados na rede própria ou credenciada da **CASSEMS**, mediante apresentação de "Guia de Solicitação de SADT" emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado.

13.4 As internações serão realizadas nos hospitais e pronto-socorros próprios e/ou credenciados, exceto nos casos de urgência e emergência na forma prevista no presente regulamento, mediante apresentação de "Guia de Internação" emitida pelo médico assistente, com as justificativas da internação, o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação, contudo, a livre escolha do profissional fora da rede será arcada pelo beneficiário.

§1º - Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar o documento mencionado, sob pena da **CASSEMS** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§ 2º - O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela **CASSEMS**.

§ 3º - O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a **CASSEMS** fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogada de acordo com solicitação do médico assistente.

13.5 Todas as coberturas e procedimentos garantidos pelo presente contrato, com exceção dos casos de urgência e emergência na forma estipulada pelo presente regulamento somente serão realizados após emissão de autorização prévia por parte da **CASSEMS**, obtida via web ou em sua sede administrativa.

13.6 A **CASSEMS** reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico

credenciado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CASSEMS.

13.7 A CASSEMS reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme Lei 9656/98.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

14.1 Para efeito de internação hospitalar, os beneficiários terão direito a acomodação em enfermaria.

14.2 O beneficiário poderá optar, quando da internação hospitalar, por acomodação superior à contratada, arcando com as diferenças de diárias, de honorários médicos e de despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, ajustando e assumindo tais acréscimos diretamente com os prestadores de serviços.

14.3 CASSEMS não se responsabilizará pelo pagamento de qualquer valor ajustado pelo beneficiário, com os prestadores de serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - COPARTICIPAÇÃO

15.1 A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à CASSEMS.

15.2 Este contrato prevê coparticipação em **ÓRTESES, PRÓTESES e MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**, no percentual de **20% (vinte por cento)** do valor da nota fiscal que foi cobrado pelo fornecedor de tais materiais, utilizados em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

15.3 O percentual de coparticipação estipulados, de acordo com os Normativos editados pelo Conselho de Administração, serão cobrados por procedimento realizado e por beneficiário.

15.4 Será de responsabilidade do beneficiário o pagamento da coparticipação estipulada, que será cobrada pela CASSEMS via boleto específico.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - FRANQUIA

16.1 Franquia é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço por não ser responsabilidade contratual da operadora.

16.2 Este contrato prevê franquia em Consultas, Exames e Atendimentos Ambulatoriais, da forma a seguir disposta:

Procedimento:

Franquia:

Consultas: R\$ 22,00 (vinte e dois reais)

Exames: até 30%, com limite de R\$70,00(setenta reais) por procedimento.

Atendimentos Ambulatoriais 30%

16.3 Os percentuais de franquia estipulados, de acordo com os Normativos editados pelo Conselho de Administração, serão cobrados por procedimento realizado e por beneficiário, sendo certo que, conforme aprovado em Assembléia Geral Extraordinária, as cobranças estarão limitadas ao teto de R\$70,00 (setenta reais).

16.4 Os percentuais de franquia acima estipulados terão como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pela CASSEMS no pagamento de seus prestadores, devidamente discriminados na "Tabela de Referência" disponível para consulta em sua sede administrativa.

16.5 Será de responsabilidade dos beneficiários o pagamento da franquia estipulada, que será cobrada diretamente pela rede de prestadores.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO REAJUSTE

17.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice de sinistralidade. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 45 (quarenta e cinco) dias em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

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

17.3 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 80% (oitenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

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

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

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

17.5 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto neste instrumento, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

17.6 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 17.3, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

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

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

17.10 Para fins de obtenção da sinistralidade do presente plano de saúde, serão considerados eventuais ressarcimentos realizados pela **CONVENIADAS** ao Sistema Único de Saúde - SUS, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários da **CASSEMS** no serviço público.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

18.1 As **CONVENIADAS** assegurarão ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CASSEMS** o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

18.2 O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

18.3 O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- Indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- À razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

18.4 A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

18.5 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

18.6 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011).

18.7 Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

18.8 O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações).

18.9 A condição de beneficiário deixará de existir:

- Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 e inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou

- Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

18.10 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

18.11 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA RESCISÃO

19.1 O presente Convênio poderá ser denunciado por quaisquer das partes mediante notificação escrita que produzirá efeitos liberatórios após 30 (trinta dias) de sua efetivação, restando obrigadas às partes conveniadas ao cumprimento das obrigações porventura pendentes, assumidas em conformidade com o presente Convênio.

19.2 No caso da rescisão se der por culpa exclusiva ou a pedido das **CONVENIADAS**, as mesmas ficarão responsáveis pelos pagamentos das despesas efetuadas por seus funcionários e dependentes, pelo uso da rede credenciada no prazo estabelecido no *caput*.

19.3 No caso de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, obrigam-se as **CONVENIADAS** a devolverem à **CASSEMS** todas as carteiras ou cartões de identificação, sob pena de responder pela utilização indevida, cessando nessa data as responsabilidades de cobertura de atendimento pela **CASSEMS**, ficando sob a responsabilidade das **CONVENIADAS** o pagamento das despesas ocorridas a partir desta data.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA PUBLICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

As **CONVENIADAS**, às suas expensas, obrigam-se a providenciarem a publicação deste Convênio, em forma de extrato, bem como, da remessa às entidades estabelecidas em lei, remetendo cópia do extrato publicado a **CASSEMS**, no prazo de 30 (trinta) dias da assinatura do presente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA FISCALIZAÇÃO

A **CASSEMS** deverá manter-se regularmente inscrita e constituída, atendendo os requisitos exigidos para o funcionamento dos Planos de Saúde, observadas a Legislação Federal vigente,

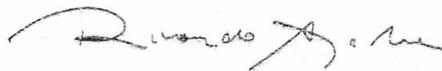
normatização expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Regulamentos da CASSEMS e deliberações do Conselho de Administração.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DO FORO

22.1 Fica eleito o foro da Comarca de Campo Grande - MS para dirimir eventuais dúvidas ou controvérsias oriundas do presente Convênio, renunciando a outros, por mais privilegiados que sejam ou venham ser.

22.2 E por estarem as partes, justas e contratadas, firmam o presente Convênio, em 02(duas) vias de igual teor e forma, juntamente com 02(duas) testemunhas.

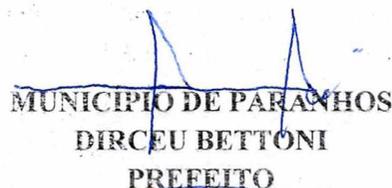
Campo Grande – MS., 01 de agosto de 2020.



**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO
SUL – CASSEMS
RICARDO AYACHE
PRESIDENTE**



**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO
SUL – CASSEMS
JUCLI TEREZINHA STEFANELLO PERUZO
DIRETORIA DE CLIENTES**



**MUNICÍPIO DE PARANHOS
DIRCEU BETTONI
PREFEITO**



**CÂMARA MUNICIPAL DE PARANHOS
DENILSON APARECIDO RAFAINE
PRESIDENTE**

Documento emitido eletronicamente por Anahy Biffi, Analista de Contratos.01/08/2020.