

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS DE PLANOS OU SEGUROS SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICOS COLETIVOS POR ADESÃO

Pelo presente instrumento particular, e na melhor forma de direito, as partes abaixo identificadas celebram Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Contratos de Planos/Seguros Saúde e/ou Odontológicos nas modalidades Coletivas por Adesão:

1. **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE ALAGOAS – COREN-AL**, pessoa jurídica de direito público, com autonomia administrativa, financeira, patrimonial, orçamentária e política, sem qualquer vínculo funcional ou hierárquico com os órgãos da Administração Pública, com sede em Rua Dr. José Bento Júnior nº 40, Farol, Cep: 57.051-260, Maceió - AL, inscrita no CNPJ sob o número 04.768.671/0001-58, neste ato representada por seu Presidente Sr. Renné Cosmo da Costa, CPF 054.750.984-76, de acordo com o seu Regimento Interno, doravante denominada CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE; e

2. **ELO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, com sede no Q SHIS QI 05 Bloco F, Sala 101 – Lago Sul, Cep 71.615-560, Brasília/DF, inscrita no CNPJ sob número 13.122.792/0001-19, autorizada a operar como Administradora de Benefícios pela Agência Nacional de Saúde Suplementar sob número 41842-1, neste ato representada pela sócia e Paula Scafuto Rocha Mello Fernandes, RG 1.025.173 SSP/DF e CPF nº 830.339.551-34 de acordo com seu Contrato Social, doravante denominada CONTRATADA/ADMINISTRADORA.

Considerando que:

I. A CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE é pessoa jurídica de direito público, devidamente constituída, com a qual o grupo delimitado de pessoas (elegíveis para participar de contrato de plano coletivo de saúde empresarial) mantém relação empregatícia ou estatutária ou vínculo de caráter profissional, classista ou setorial (elegíveis para participar de plano coletivo por adesão), de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 195/2009 e alterações;

II. A CONTRATADA/ADMINISTRADORA é pessoa jurídica de direito privado, devidamente constituída, que atua na condição de estipulante de planos ou seguros saúde e/ou odontológicos coletivos por adesão, bem como na prestação de serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos ou seguros privados de assistência à saúde e/ou odontológicos coletivos, de acordo com o previsto na Resolução Normativa da ANS nº 196/2009;

III. Os planos e seguros saúde e/ou odontológicos coletivos por adesão ou coletivos empresariais estipulados pela CONTRATADA/ADMINISTRADORA, atendem a todos os requisitos legais e regulamentares em vigor; e



IV. A CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE tem interesse em oferecer a sua população vinculada e delimitada, a opção de aderir aos planos e seguros saúde e/ou odontológicos disponibilizados pela CONTRATADA ADMINISTRADORA.

RESOLVEM celebrar o presente Contrato, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

- 1.1 Este Contrato tem por objeto a prestação pela CONTRATADA/ADMINISTRADORA na administração de seguros ou planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos com base em apólices de seguros e/ou contratos de planos de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos na modalidade coletiva por adesão especificados nos Anexos deste Contrato, que integram o presente instrumento como se nele estivessem transcritos.
- 1.2 A CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE e seus associados, poderão fazer parte das apólices de seguros ou dos contratos de planos de assistência à saúde médico-hospitalares e/ou odontológicos, estes últimos na qualidade de beneficiários, ou seja, pessoas naturais a ela vinculadas.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA

2.1 Constituem obrigações da CONTRATADA/ADMINISTRADORA:

- a) Acompanhar a implantação e renovação das apólices ou dos contratos pelas Seguradoras ou Operadoras - garantidoras exclusivas do risco da operação - nas quais a CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE esteja incluída, verificando a conformidade das suas cláusulas e condições perante a legislação vigente e as particularidades pactuadas na contratação ou renovação;
- b) Prestar apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:
b.1 – Negociação de reajustes;
b.2 – Aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e
b.3 – Alteração de rede assistencial.
- c) Cumprir procedimentos de conferência e quitação financeira das faturas emitidas pelas Seguradoras ou Operadoras relativas às apólices e/ou planos abrangidos por este Contrato;
- d) Acompanhar a evolução das apólices e/ou dos planos, avaliando periodicamente o seu resultado técnico, visando orientar a adoção de procedimentos de gestão e de comunicação com os beneficiários;

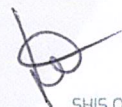
2/8 - Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Contratos de Planos ou Seguros Saúde e/ou Odontológicos Coletivos por Adesão Coren-AL x Elo

- e) Orientar e dar suporte aos procedimentos de contratação ou ingresso de beneficiários nas apólices e/ou nos planos, cuidando para que estes recebam previamente o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde/Odontológicos e o Guia de Leitura Contratual estabelecidos pela RN/ANS n° 195/2009, fornecidos pelas Seguradoras e/ou Operadoras e, havendo dúvidas ou demanda de esclarecimentos manifestadas, auxiliar na sua elucidação, bem como remeter cartões personalizados emitidos pelas Operadoras ou Seguradoras;
- f) Executar os procedimentos de movimentação cadastral das apólices e/ou dos planos estipulados, tais como, mas não apenas: inclusões, exclusões e alterações para beneficiários titulares e dependentes, prestando esclarecimentos e orientações necessárias;
- g) Avaliar, trimestralmente, os elementos técnicos das apólices e/ou dos planos, perfis de utilização pelos beneficiários, estatísticas de sinistros por natureza e custos de atendimento, analisando e relatando os efeitos observados para conhecimento e acompanhamento da CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE;
- h) Assessorar a CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE em suas decisões que envolvam comunicação com beneficiários para tratar de questões afetas ao objeto deste contrato;
- i) Guardar sigilo sobre as informações recebidas da CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE, comprometendo-se a utilizá-las exclusivamente para os fins a que se destina este Contrato;
- j) Cumprir todas as exigências e condições estabelecidas na Resolução Normativa ANS n° 195 e suas alterações, no que tange inclusive às condições de elegibilidade de beneficiários.
- k) Disponibilizar web site (endereço eletrônico) exclusivamente ao atendimento dos beneficiários dos contratos, incluindo entre outras funções: adesão on-line, 2ª vida de boleto, etc;

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE

3.1 – Constituem obrigações da CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE:

- a) Apoiar a divulgação dos benefícios, objeto deste Contrato, para todos os seus associados, apoiando o acesso da CONTRATADA/ADMINISTRADORA aos mesmos, por intermédio de correspondências comuns, revistas, boletins informativos, internet, malas diretas, entre outros meios necessários a divulgação dos benefícios;
- b) Apoiar a Operadora ou Seguradora e a CONTRATADA/ADMINISTRADORA quanto ao cumprimento das exigências estabelecidas na Resolução Normativa ANS n° 195/2009 e suas alterações, no que tange à condição de elegibilidade dos beneficiários deste Contrato;
- c) Dar exclusividade à CONTRATADA/ADMINISTRADORA na administração e estipulação aos planos da Operadora Smile Saúde, durante toda a sua vigência;



- d) Encaminhar, tempestivamente, a CONTRATADA/ADMINISTRADORA todo e qualquer documento, reclamação e outros assuntos inerentes ao objeto deste Contrato; e
- e) Acompanhar os procedimentos de renovação das apólices e/ou contratos de planos nas quais figure como Subestipulante, apreciando recomendações e sugestões contidas nos relatórios técnicos apresentados e tomando decisões, informando-as por escrito à CONTRATADA/ADMINISTRADORA para as necessárias providências.

CLÁUSULA QUARTA – DOS SEGUROS E/OU PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICOS

4.1 – As condições gerais dos seguros e dos planos privados de assistência médico-hospitalar e/ou odontológica, garantidos por Seguradora ou Operadora, devidamente registrada na ANS para oferta da cobertura assistencial encontram-se dispostas nos aditivos anexos.

4.2 – A CONTRATADA/ADMINISTRADORA não será responsável pela rentabilidade decorrente da sinistralidade da apólice ou do contrato coletivo estipulado, vez que a quantidade de utilização das coberturas assistenciais independe de sua administração, bem como pelas obrigações cuja responsabilidade seja comprovadamente da Seguradora ou Operadora, sendo certo que se compromete somente pelo cumprimento de seus deveres de estipulante e a administração dos benefícios, defendendo os interesses dos beneficiários do plano ou seguro saúde e/ou odontológico e de seus respectivos dependentes.

4.3 - A CONTRATADA/ADMINISTRADORA não será responsável pelos serviços prestados ou autorizados pela Operadora ou Seguradora, tais como, mas não apenas: liberações de exames, consultas, internações e cirurgias etc.

CLÁUSULA QUINTA – DA COBRANÇA

5.1 – A CONTRATADA/ADMINISTRADORA poderá, por delegação, executar os procedimentos de cobrança em nome dos beneficiários titulares vigentes nas apólices e/ou nos contratos contendo os valores correspondentes às contraprestações financeiras a serem pagas pelos beneficiários titulares e seus dependentes, na forma autorizada e indicada por estes na respectiva proposta de adesão, cabendo à CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE, a cobrança de Taxa Associativa diretamente a seu associado.

5.2 – A CONTRATADA/ADMINISTRADORA acompanhará e controlará o fluxo financeiro relativo ao pagamento das contraprestações financeiras, notificando os beneficiários titulares inadimplentes e adotando as medidas administrativas e judiciais cabíveis para recuperação dos valores.

5.3 – A CONTRATADA/ADMINISTRADORA será responsável pela gestão dos recursos financeiros arrecadados cabendo-lhe promover a liquidação das obrigações perante a Seguradora ou Operadora, nos respectivos vencimentos das faturas correspondentes à cobertura das apólices e/ou dos planos de assistência médica e/ou odontológica, para o que, desde já, a CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE confere poderes à CONTRATADA/ ADMINISTRADORA para movimentar recursos financeiros, realizar pagamentos, renegociar saldos devedores, e dar quitações, além de praticar todos os demais atos necessários ao adequado cumprimento das obrigações contratuais da SUBESTIPULANTE perante a Seguradora e/ou Operadora;

5.4 - As contraprestações não pagas até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) ao dia de juros de mora, além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente.

5.5 - A CONTRATADA/ADMINISTRADORA será responsável pelo repasse de valores que sejam devidos à terceiros, para os casos previamente acordados, pessoas físicas ou jurídicas, mediante a contra entrega de Notas Fiscais de prestação de serviços, aplicando-se, onde couber, a legislação tributária vigente.

CLÁUSULA SEXTA – DA REMUNERAÇÃO DA CONTRATADA/ADMINISTRADORA

6.1 – A CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE autoriza, neste ato, que cada Seguradora e/ou Operadora direcione eventuais pagamentos pela administração mensal das apólices e/ou dos contratos diretamente e em favor da CONTRATADA/ADMINISTRADORA.

6.2 – Nos valores eventualmente pagos estarão incluídas as contraprestações pelos serviços prestados diretamente pela CONTRATADA/ADMINISTRADORA e por terceiros, particularmente os relativos ao atendimento direto dos beneficiários para as operações de inclusão, manutenção ou exclusão nas apólices e/ou contratos.

6.3 - Os repasses financeiros serão feitos diretamente pela CONTRATADA/ADMINISTRADORA às Operadoras/Seguradoras.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DIVULGAÇÃO DOS BENEFÍCIOS E AÇÕES PROMOCIONAIS

7.1 – Em todas as ações promocionais relacionadas com o objeto deste Contrato será destacada a participação da CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE.

7.2 – Durante a vigência contratual, no contexto do escopo da cooperação aqui acordada, cada parte poderá fazer uso gratuito das marcas, símbolos e insígnias da outra Parte, para fins de divulgação dos produtos e serviços aqui referidos, mediante aviso prévio à outra parte.

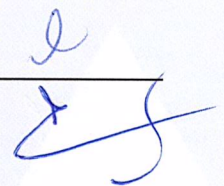
7.3 – O uso autorizado nesta Cláusula se limita à inserção das marcas, símbolos e insígnias em promoções, eventos e campanhas publicitárias, cessando imediatamente com o término de vigência deste Contrato.

7.4 – O disposto nesta Cláusula não gerará qualquer espécie de direito sobre o uso da marca e de qualquer outra propriedade intelectual da outra Parte.

7.5 – A CONTRATADA/ADMINISTRADORA definirá a estratégia e os meios técnicos, operacionais, logísticos, administrativos, financeiros e de distribuição que serão utilizados para a execução dos serviços ora contratados, utilizando para tanto, suas próprias ferramentas e tecnologia de informação, e se necessário, contratando terceiros, como melhor lhe aprouver.

7.6 – Para auxiliar nos procedimentos de contratação e manutenção de beneficiários, a CONTRATADA/ADMINISTRADORA poderá contratar terceiros (pessoas naturais ou jurídicas), por ela treinadas e orientadas, remunerando-as na forma da legislação vigente.

5/8 - Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Contratos de Planos ou Seguros Saúde e/ou Odontológicos Coletivos por Adesão Coren-AL x Elo



CLÁUSULA OITAVA – DA COMUNICAÇÃO

8.1 – Todas as comunicações relativas ao presente Contrato serão consideradas como efetivadas e válidas se entregues por meio de documentos formais.

8.2 – Todas as notificações decorrentes deste Contrato deverão ser feitas por escrito e serão consideradas eficazes:

- a) Quando entregues pessoalmente à Parte a ser notificada, mediante protocolo; ou
- b) Após 5 (cinco) dias contados do recebimento de carta com aviso de recebimento da Parte a ser notificada e da transmissão da notificação por e-mail, desde que acompanhada de postagem do original por carta registrada.

8.3 – As Partes desde já se comprometem a conceder à outra, prazo razoável para solução ou respostas a eventuais notificações.

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA

9.1 – Este Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, ficando automaticamente prorrogado por períodos iguais e sucessivos caso as Partes não se manifestem em contrário até 60 (sessenta) dias antes da respectiva data de vencimento.

9.2 – A vigência de cada apólice e/ou de contrato de plano será estabelecida conforme consta dos Anexos a este Contrato sendo que a denúncia ou rescisão de qualquer apólice ou contrato de plano não implicará na interrupção do vínculo contratual estabelecido entre a CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE e a CONTRATADA/ADMINISTRADORA.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1 - Este contrato somente poderá ser rescindido antecipadamente mediante prévia notificação formal, enviada à outra parte, nas seguintes situações;

- a) Ocorrência de falência ou liquidação extrajudicial; e
- b) Descumprimento das condições contratuais, que impliquem na impossibilidade do cumprimento integral deste contrato e desde que não tenha sido sanada no prazo de 30 (trinta) dias da comunicação escrita feita à parte infratora.

10.2 - Para outros casos não será admitida à rescisão antecipada;

10.3 – A parte que der causa à rescisão responderá por perdas e danos.

10.4 - No caso de rescisão ou término do prazo de vigência deste Contrato, por qualquer motivo, os beneficiários adimplentes permanecerão vinculados às apólices e/ou aos planos estipulados pela CONTRATADA/ADMINISTRADORA.

6/8 - Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Contratos de Planos
ou Seguros Saúde e/ou Odontológicos Coletivos por Adesão Coren-AL x Elo



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA CONFIDENCIALIDADE

11.1 – As Partes se obrigam a guardar sigilo sobre as informações confidenciais a que tiveram acesso por força deste Contrato, durante e após seu período de vigência.

11.2 – São informações confidenciais todos os documentos e dados relativos às atividades das Partes que não sejam de conhecimento público, tais como, e não apenas, custos, produtos, serviços, preços, listas de empregados, conhecimentos técnicos, técnicas de produção e estratégias de atuação.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 – Aplicam-se a este Contrato as leis da República Federativa do Brasil.

12.2 – Este Contrato não cria entre as Partes qualquer espécie de vínculo societário ou associação de qualquer natureza, nem tampouco qualquer vínculo com seus empregados, colaboradores ou prepostos, continuarão a existir e agir de forma absolutamente independente uma em relação à outra.

12.3 – A eventual aceitação, por uma das Partes, da inexecução, pela outra Parte, de quaisquer cláusulas ou condições deste Contrato, a qualquer tempo, deverá ser interpretada como mera liberalidade, não implicando, portanto, a desistência de exigir o cumprimento das disposições aqui contidas ou do direito de pleitear, futuramente, a execução total de cada uma das obrigações.

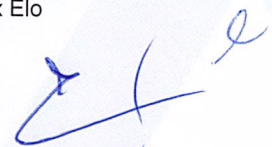
12.4 – Este Contrato representa o acordo integral entre as Partes sobre o objeto aqui tratado, substituindo qualquer outro ajuste, entendimento ou documento anterior para todos os fins de direito.

12.5 – Toda e qualquer modificação, alteração ou aditamento ao presente contrato somente será válido se feito por instrumento escrito, assinado pelas Partes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO

13.1 – As partes elegem o foro da cidade de Maceió (AL), com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir os conflitos decorrentes deste Contrato.

7/8 - Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Contratos de Planos
ou Seguros Saúde e/ou Odontológicos Coletivos por Adesão Coren-AL x Elo



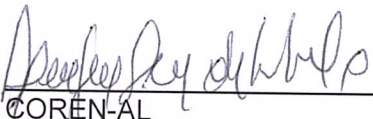
E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Contrato em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Brasília-DF, 20 de agosto de 2019.

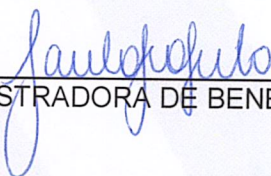

**CONSELHO REGIONAL DE
ENFERMAGEM DE ALAGOAS**
Renné Cosmo da Costa


**ELO ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS LTDA.**
Paula Scafuto Rocha Mello Fernandes

Testemunhas:



COREN-AL
Nome:
CPF:



ELO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
Nome:
CPF:

8/8 - Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Contratos de Planos
ou Seguros Saúde e/ou Odontológicos Coletivos por Adesão Coren-AL x Elo

**ANEXO I AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE
 CONTRATOS DE PLANOS OU SEGUROS SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICOS
 COLETIVOS POR ADESÃO**

**SMILE SAÚDE
 CONDIÇÕES GERAIS**

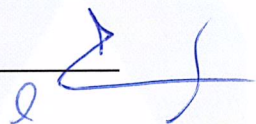
1 – CARACTERÍSTICAS DA APÓLICE E/OU PLANO

1.1 – A Apólice e/ou Plano se estabelece sob as seguintes condições:

- a) **ESPÉCIE DE APÓLICE E/OU PLANO** – Contrato de Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão;
- b) **ESTIPULANTE** – Elo Administradora de Benefícios Ltda, registrada na ANS sob o número 41842-1 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- c) **SUBESTIPULANTE** – Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas – COREN-AL
- d) **OPERADORA PRINCIPAL** – Esmale Assistência Internacional de Saúde Ltda, nome fantasia Smile Saúde, com registro ANS 395480;
- e) **INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO** – 1º de novembro de 2019;
- f) **REAJUSTE CONTRATUAL** – Anual, sempre no mês de novembro;
- g) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetrícia);
- h) **ABRANGÊNCIA** – Grupos de Municípios, compreendida pelas cidades: Arapiraca-AL, Maceió-AL, João Pessoa-PB e Campina Grande-PB;
- i) **MODALIDADE DE CONTRATO**: Pré-pagamento
- j) **ASSISTÊNCIA OFERTADA**:

Produto	Cód ANS	Cobertura	Acomodação	Abrangência	Coparticipação
Premium Promo AD	476667169	Amb/Hosp/Obstetrícia	Enfermaria	Grupos de Municípios	Não
Premium Promo AD	479382170	Amb/Hosp/Obstetrícia	Apartamento	Grupos de Municípios	Não
Platinum Promo AD	476665162	Amb/Hosp/Obstetrícia	Apartamento	Grupos de Municípios	Não

Produto	Cód ANS	Cobertura	Acomodação	Abrangência	Coparticipação
Essencial CP - AD	483.406/19-2	Amb/Hosp/Obstetrícia	Enfermaria	Grupos de Municípios	Sim
Essencial CP - AD	483.405/19-4	Amb/Hosp/Obstetrícia	Apartamento	Grupos de Municípios	Sim
Premium Promo CP - AD	483.403/19-8	Amb/Hosp/Obstetrícia	Enfermaria	Grupos de Municípios	Sim
Premium Promo CP - AD	483.404/19-6	Amb/Hosp/Obstetrícia	Apartamento	Grupos de Municípios	Sim

- j.1) O Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;
- j.2) Os Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada, Padrão de Acomodação Hospitalar e Reembolso conforme a Tabela SMILE.
- j.3) A CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE tem pleno conhecimento e concorda que os produtos acima descritos serão ofertados exclusivamente para os associados COREN-AL.
- k) **COBERTURA** – Serviços médico-hospitalares relacionados no *Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde*, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no tratamento das doenças codificadas na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão – CID 10*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;
- l) **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES** – Serão aplicadas ao Plano, quando necessário, a cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da regulamentação específica.

2 - PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA

2.1 - A contraprestação mensal será constituída pela soma das contraprestações individuais do Beneficiário Titular e de seus Beneficiários Dependentes.

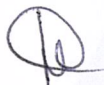
2.2 - O beneficiário titular pagará a contraprestação mensal e os encargos previstos na legislação vigente, correspondentes à sua respectiva faixa etária e de seus Beneficiários Dependentes, na forma autorizada e indicada por este na respectiva proposta de adesão.

2.3 - As contraprestações individuais e os acertos de contraprestação decorrentes de inclusões e exclusões de Beneficiários serão contabilizados na contraprestação mensal do mês seguinte às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

2.4 - As movimentações de Beneficiários ocorridas até o dia 15 do mês serão processadas no dia 1º do mês seguinte. As movimentações ocorridas do dia 16 ao dia 31 terão seu processamento no 1º dia do 2º mês seguinte.

2.5 – O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade) decorrente deste contrato, é de responsabilidade do Beneficiário Titular, cabendo-lhe promover a liquidação das obrigações nos respectivos vencimentos das faturas correspondentes à cobertura das apólices e/ou dos planos de assistência médica e/ou odontológica. As contraprestações não pagas até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) ao dia de juro de mora, além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente.

2.6 – A CONTRATADA/ADMINISTRADORA acompanhará e controlará o fluxo financeiro relativo ao pagamento das contraprestações financeiras, notificando os beneficiários titulares inadimplentes e adotando as medidas administrativas e judiciais cabíveis para recuperação dos valores.



2.7 - Se a **ELO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** não identificar o pagamento de qualquer contraprestação mensal vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

2.8 - O atraso no pagamento da contraprestação mensal poderá implicar em suspensão e/ou cancelamento automático do direito às coberturas do Plano para o beneficiário e seu grupo familiar.

2.10 - O Plano poderá ser rescindido pela **ELO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, sem devolução das contraprestações pagas, toda vez que o beneficiário tornar-se inadimplente por um período superior a 30 (trinta) dias. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal. Nesta hipótese, o beneficiário titular ficará obrigado a devolver a sua carteira de identificação e a de seus beneficiários dependentes, vinculadas ao Plano. E somente poderá adquirir um outro plano da administradora mediante quitação dos débitos e preenchimento de nova proposta de adesão, com as condições comerciais vigente da data da contratação.

3 - REAJUSTES CONTRATUAIS

3.1 - 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 IPC-Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 2 (dois) meses em relação à data base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

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

3.3 - O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato.

3.4 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), 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.

3.4.1 - 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 (doze) meses)

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.



I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

4.3 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

4.4 - Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

5 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E/OU PLANO

5.1 - O período de vigência do Plano será de 12 (doze) meses, contados, de forma única para todos os beneficiários associados ao CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão firmada com o CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE. A renovação do Plano será automática, caso não haja desistência da CONTRATADA/ADMINISTRADORA com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término da vigência, ou o cancelamento do Plano pela OPERADORA PRINCIPAL, com a mesma antecedência

5.2 - No caso de inclusão de novos Beneficiários, em data que não seja coincidente com a data de aniversário do Contrato da CONTRATADA/ADMINISTRADORA com a OPERADORA PRINCIPAL, este novo beneficiário terá no primeiro ano, período de vigência inferior a 12 (doze) meses.

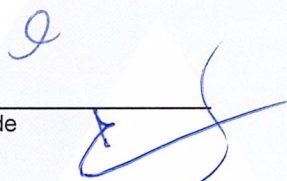
5.3 - As coberturas contratuais serão disponibilizadas aos Beneficiários a partir de zero hora do dia de início da vigência contratual informado na proposta de adesão e após a aceitação da mesma pela OPERADORA PRINCIPAL.

5.4 - Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato de inclusão e/ou renovação da vigência do Plano, por parte da CONTRATADA/ADMINISTRADORA.

6 - CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO

6.1- **Cancelamento pelo Beneficiário** - O cancelamento ou exclusão por iniciativa do beneficiário titular, obedecerá às regras da **Resolução Normativa – RN nº 412, de 10 de novembro de 2016**, podendo ser realizada por contato telefônico registrado, presencialmente ou no site em horário de funcionamento da CONTRATADA/ADMINISTRADORA (de 2ª a 5ª das 8 às 18h e 6ª das 8 às 17h). Após estes horários, as movimentações, somente serão processadas no próximo dia útil. O efeito desta solicitação é imediato e irrevogável, devendo o beneficiário arcar com quaisquer despesas médico-hospitalares efetuadas após a solicitação de cancelamento ao Plano, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período. As contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas no plano pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento são de responsabilidade do beneficiário.

6.1.1 – Para demais horários/dias, a solicitação de cancelamento deverá ser realizada diretamente na Operadora.



6.2- **Cancelamento pelo GRUPO ELO** - A CONTRATADA/ADMINISTRADORA poderá cancelar a vinculação do beneficiário ao plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, caso o beneficiário torne-se inadimplente no pagamento das contraprestações mensais devidas. O beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação à apólice e/ou seguro, corrigidas pelo IGP-M acumulado no período.

6.3- **Cancelamento pela OPERADORA PRINCIPAL** - A OPERADORA PRINCIPAL poderá cancelar a vinculação do Beneficiário à Apólice e/ou Plano, sem direito à devolução das contraprestações pagas, nas seguintes hipóteses:

- a) Quando o Beneficiário não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão ou na Declaração de Saúde, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da sua vinculação ao Plano ou no valor da contraprestação mensal, conforme estabelecido no Código Civil; ou
- b) Quando forem identificadas pela OPERADORA PRINCIPAL infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

6.4 - A CONTRATADA/ADMINISTRADORA poderá optar por não renovar o Plano, desde que comunique a OPERADORA PRINCIPAL com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de renovação do Plano.

6.5 - A rescisão imotivada do Plano pela OPERADORA PRINCIPAL e/ou pela CONTRATADA/ADMINISTRADORA, sem direito à devolução das contraprestações pagas, somente poderá ocorrer após o transcurso do período de 12 (doze) meses de vigência, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

6.6 - O Beneficiário Titular perderá sua elegibilidade no Plano nos casos em que ocorra o término do vínculo com o CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE (COREN-AL), que se obriga a reportar, à CONTRATADA/ADMINISTRADORA essa ocorrência, bem como a prática de infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

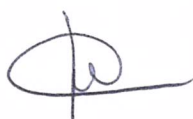
6.7 - O Beneficiário Dependente poderá ser excluído do Plano nos casos de perda da condição de dependência definida nas condições gerais do Plano e exclusão do Beneficiário Titular ou cancelamento da sua vinculação ao Plano.



7 - PRAZO DE CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

7.1 - As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos

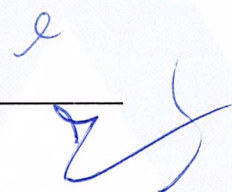
EVENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA E CPT
<ul style="list-style-type: none"> - Atendimentos de urgência e emergência; - Atendimento limitado as 12 primeiras horas, inclusive em casos de complicações no processo gestacional; - Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (internação ou procedimento cirúrgico), ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora; - Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, garantindo, neste caso, direito a internação hospitalar e procedimento cirúrgico; - Remoção decorrente de atendimento de urgência e emergência; - Uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção do beneficiário ficará a cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e - Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e o beneficiário. 	<p>24 horas</p>



<ul style="list-style-type: none"> - Ácido úrico; - Citologia oncótica (preventivo)/análise de material coletado; - Colesterol total; - Consulta com nutricionista; - Consulta em especialidades médicas (exceto consulta com psiquiatra e geneticista); - Creatinina; - Eletrocardiograma; - Exames de raio-x simples; - Ferretina; - Glicemia de jejum; - HDL; - Hemograma completo; - LDL; - Parasitológico de fezes; - PSA livre; - PSA total; - Sumário de urina; - TGO; - TGP; - Tonometria; - Triglicerídeos; - Ureia; 	<p>30 dias</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Colposcopia/biopsia/histopatológico; - Dosagem de beta HCG; - Exames laboratoriais das categorias: bioquímico; citologia; hematologia; microbiologia e urianálise (constantes no rol da ANS de cobertura obrigatória vigente à época da solicitação, exceto PAC's.). - Exames de raio-x contrastado; - Exames de ultrassonografia diagnóstica (exceto ultrassonografia intervencionista); - Mamografia (exceto a mamografia digital); 	<p>90 dias</p>



<ul style="list-style-type: none"> - Angiografia (cerebral central e/ou periférica); - Consulta com profissional de saúde não médicos) psicólogo; fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional; - Consulta médica na especialidade psiquiatria e genética; - Colonoscopia; - Cirurgias ambulatoriais; - Densitometria; - Endoscopia; - Exames cardiológicos como: teste ergométrico, <i>holter</i>, ecocardiograma; - Exames oftalmológicos como: curva tensional, campimetria, mapeamento de retina; - Exames otorrinolaringológicos: audiometria e impedanciometria, pesquisa de potencial evocado (bera); - Exames de ultrassonografia intervencionista; - Internação decorrentes de complicação do processo gestacional ocorridas até 36 semanas e 6 dias; - Internação hospitalar clínica; - Internação hospitalar cirúrgica; - Mamografia digital; - Medicina nuclear; - Procedimentos que necessitam de hemodinâmica (como cateterismo cardiológico); - Radioterapia e quimioterapia; - Ressonância magnética; - Sessões multidisciplinares como: psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional; - Todos os procedimentos definidos pela ANS como procedimento de alta complexidade (PAC) listados no rol de cobertura obrigatória vigente à época da solicitação; - Todos os serviços de apoio a diagnóstico (constantes no rol da ANS de cobertura obrigatória vigente à época da solicitação); - Tomografia computadorizada; 	180 dias
<p>Leitos de alta complexidade (UTI) e procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados com doenças e lesões preexistentes sujeitas à cobertura parcial temporária (CPT)</p>	24 meses
<p>Parto a termo (acima de 36 semana e 6 dias)</p>	300 dias

7.2 - As carências explicitadas neste serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da Proposta de Adesão.

7.3 - Os prazos de carências a serem cumpridos pelos beneficiários inclusos nos planos ofertados pela OPERADORA deverão respeitar o disposto na Subseção II, Artigo 11 da Resolução Normativa da ANS nº 195 de 14/07/2009.

8 - COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

8.1 - Para atender aos dispositivos regulamentares e preservar a integridade do resultado do Plano e validação do grupo de beneficiários previsto, a OPERADORA PRINCIPAL solicitará na adesão e a qualquer momento após a implantação do Plano, os documentos atualizados que comprovem as relações de vínculo entre Beneficiário e o CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE e de dependência financeira entre Beneficiário Titular e Beneficiários Dependentes.

8.2 - Se houver perda de vínculo entre Beneficiário e o CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE ou de dependência financeira entre Beneficiário Titular e Beneficiários Dependentes, a CONTRATADA/ADMINISTRADORA providenciará a exclusão do Beneficiário do Plano.

9 - DA ELEGIBILIDADE

9.1 - Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais do contrato em nome do Estipulante o grupo elegível será composto de:

Titulares: Profissionais de Enfermagem vinculados ao CONTRATANTE/SUBESTIPULANTE.

Dependentes: Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a. O cônjuge;
- b. Filhos solteiros até 24 (vinte e quatro) anos

9.2 A CONTRANTANTE/SUBSETIPULANTE tem pleno conhecimento das regras de elegibilidade definidas na Resolução Normativa nº 195/09 da ANS.

10/14 - Anexo I ao Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Contratos de Planos ou Seguros Saúde e/ou Odontológicos Coletivos por Adesão Coren-AL x Elo



10 – DOS VALORES DOS PLANOS DE SAÚDE

10.1 - As contraprestações mensais, de acordo com os planos e faixas etárias dos Beneficiários, são as seguintes:

Plano Smile – Sem Coparticipação			
FAIXA ETÁRIA	Premium Promo AD	Premium Promo AD	Platinum Promo
	Enfermaria	Apartamento	Apartamento
0-18	164,29	199,86	225,05
19-23	191,41	232,85	262,20
24-28	240,29	292,31	329,16
29-33	255,01	310,23	349,33
34-38	311,13	378,48	426,18
39-43	353,83	430,43	484,68
44-48	403,12	490,41	552,22
49-53	612,62	745,25	839,18
54-58	820,06	997,60	1.123,34
59 ou +	985,62	1.199,00	1.350,12

11/14 - Anexo I ao Contrato de Prestação de Serviços de Administração de Contratos de Planos ou Seguros Saúde e/ou Odontológicos Coletivos por Adesão Coren-AL x Elo



Plano Smile – Com Coparticipação				
FAIXA ETÁRIA	Essencial CP – AD	Essencial CP – AD	Premium CP – AD	Premium CP – AD
	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
0-18	116,88	135,54	158,31	183,39
19-23	136,19	157,93	184,45	213,65
24-28	170,95	198,24	231,54	268,22
29-33	181,43	210,40	245,74	284,66
34-38	221,34	256,69	299,80	347,28
39-43	251,73	291,92	340,95	394,96
44-48	286,80	332,60	388,46	449,98
49-53	435,85	505,44	590,32	683,82
54-58	583,43	676,58	790,22	915,37
59 ou +	701,22	813,17	949,76	1.100,17

11 - COPARTICIPAÇÃO

11.1 - Segmento Ambulatorial:

a) Consultas, Exames Básicos de Apoio Diagnóstico, Exames Especiais de Apoio Diagnóstico, Procedimentos Básicos a nível ambulatorial, Procedimentos Especiais e de Alta Complexidade a nível ambulatorial, no percentual de 30% aplicado sobre o valor base das classificações de procedimentos constantes na tabela de referência que está disponível ao beneficiário através do aplicativo móvel e do portal eletrônico da Operadora.

11.1.1 - A tabela de referência supracitada abrange todos os procedimentos que compõem o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, realizados em regime ambulatorial.

11.2 - Segmento Hospitalar:

a) Internação Clínica, no valor de até R\$ 100,00 (cem reais) por evento;

b) Internação Cirúrgica, no valor de até R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por evento;

c) Internação Obstétrica, no valor de até R\$ 1.000,00 (um mil reais) por evento.

11.2.1 – Os valores relativos à coparticipação serão acrescidos ao valor da mensalidade a partir do mês subsequente ao evento, sendo cobrados através do meio escolhido como forma de pagamento pela CONTRATADA/ADMINISTRADORA.



12 - DO REEMBOLSO

12.1 - 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. Em locais que a OPERADORA possuir rede credenciada o BENEFICIÁRIO deverá se dirigir a uma instituição credenciada sob pena de não ser reembolsado das despesas contraídas.

12.1.1 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, após o qual o usuário deverá, obrigatoriamente, dirigir-se às entidades credenciadas para atendimento aos beneficiários do plano.

12.2 - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à OPERADORA os seguintes documentos:

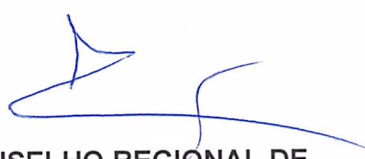
- a) Exames complementares - nota fiscal contendo o nome de cada exame e o preço unitário, nome do paciente, data de atendimento e ainda a solicitação médica por escrito;
- b) Honorários médicos - recibos do próprio médico ou instituição que efetuou o atendimento, nos quais devem constar: valor cobrado, data do atendimento, nome do paciente, nome do médico, carimbo, assinatura, CPF e/ou CNPJ, ISS, endereço e ainda solicitação médica por escrito;
- c) Internações: nota fiscal com nome do paciente e data da internação, conta hospitalar com a discriminação das despesas e o relatório médico contendo a justificativa;
- d) Para solicitar o reembolso, o BENEFICIÁRIO deverá comparecer a um dos escritórios da OPERADORA, levando consigo a documentação necessária para cada caso.

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



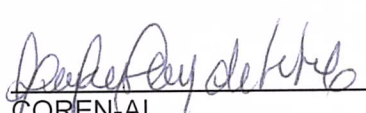
E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Anexo I em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

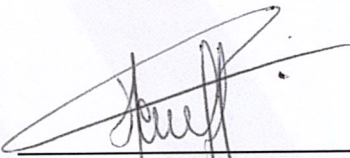
Brasília, 20 de agosto de 2019.


**CONSELHO REGIONAL DE
ENFERMAGEM DE ALAGOAS**
Renné Cosmo da Costa


**ELO ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS LTDA**
Paula Scafuto Rocha Mello Fernandes

Testemunhas:


COREN-AL
Nome:
CPF:


ELO ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS LTDA
Nome: *Wanderley de Souza P. Ramos*
CPF: *034.968.741-20*