

CONVÊNIO N° 0133/2022

REF. PROCESSO N°: 2022.008291

**CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E
FINANCEIRA QUE ENTRE SI FAZEM A
COMPANHIA ESPÍRITO SANTENSE DE
SANEAMENTO - CESAN e a CAPITAL PREV -
FUNDAÇÃO CAPITAL PREVIDÊNCIA E SAÚDE,
NA FORMA ABAIXO:**

Por este instrumento particular, a **COMPANHIA ESPÍRITO SANTENSE DE SANEAMENTO**, sociedade de economia mista estadual, sediada na Av. Governador Bley, 186, 3º andar, Centro, Ed. BEMGE, Vitória, ES, inscrita no C.N.P.J sob nº 28.151.363/0001-47, doravante designada **CESAN**, neste ato representada por **DIRETOR PRESIDENTE** e pelo **DIRETOR ADMINISTRATIVO E COMERCIAL**, respectivamente, os Srs. **CARLOS AURÉLIO LINHALIS** e **WEYDSON FERREIRA DO NASCIMENTO**, e a **CAPITAL PREV - FUNDAÇÃO CAPITAL PREVIDENCIA E SAUDE**, sociedade de direito privado, entidade fechada de Previdência Complementar, sob a forma de Fundação sem fins lucrativos, com sede na Avenida Princesa Isabel 574, Ed. Palas Center, Bloco A, salas 1303 a 1314, Centro, nesta Capital, inscrita no CNPJ sob o nº 00.580.481/0001-51, doravante denominada **CAPITAL PREV**, através do seu Diretor-Presidente, **Sr. Luiz Carlos Cotta**, inscrito no CPF sob o nº 450.306.347-20 e por sua Diretora de Seguridade, **Sra. Ana Cristina Munhós de Souza**, inscrita no CPF sob o nº 215.638.706-06, ajustam e convencionam a celebração deste Convênio instruído no processo administrativo nº 2022.008291, aprovado pela Diretoria da **CESAN** em sua reunião nº 2551ª, de 06/06/2022 e homologado pelo Conselho de Administração da **CESAN**, através de Deliberação nº 4966/202, de 15/06/2022 sujeitando-se as convenientes às disposições da Lei Federal nº 13.303/2016, do Regulamento de Licitações da CESAN, do Código de Conduta e Integridade da CESAN da Política de Transações com Partes Relacionadas e Outras Situações de Conflito de Interesse da CESAN, disponíveis no site www.cesan.com.br, das Leis Federais nº 12.846/2013 e 9.656/1998, Regulamentação Normativa da ANS nº 137/2006 e do Decreto Estadual nº 3.956-R/2016, que regulamenta, no âmbito do Poder Executivo Estadual, os dispositivos da Lei Federal nº 12.846/2013 e da Lei Complementar Estadual de nº 879/2017 da Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei de Proteção de Dados Pessoais e as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 Constitui por objeto do presente convênio a cooperação técnica e financeira entre as convenientes para continuidade da assistência médica à saúde suplementar na modalidade autogestão aos empregados e dirigentes da CESAN, dependentes e agregados em conformidade com as coberturas e requisitos previstos na Lei nº 9656/98, Resoluções Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Conselho de Saúde Suplementar (CONSU).

1.1.1 Atuará a Capital Prev como OPERADORA de plano de saúde na modalidade de autogestão dos planos de saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão, registrados na ANS, sob o nº 478.369/17-7 e 478.370/17-1, respectivamente.

1.1.2 Atuará a CESAN como PATROCINADORA dos Planos de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Adesão (pais e mães) regularmente inscritos até 01 de junho de 2017, sendo sua participação financeira definida em instrumentos internos da empresa, acordos coletivos de trabalho ou regulamentos dos planos.

1.2 Faz parte integrante deste Convênio para todos os fins e efeitos:

1.2.1 O regulamento do Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Adesão vigentes na data de celebração deste instrumento e atualizações posteriores.

1.2.2 Plano de trabalho conforme disposto no **ANEXO I**;

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO, DA ALTERAÇÃO E COMPLEMENTAÇÃO DO CONVÊNIO

2.1 O presente Convênio vigorará por prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir de 27 de junho de 2022.

2.2 Poderá o presente convênio ser aditado por Termo Aditivo, objetivando:

2.2.1 Modificação, inclusão e exclusão de cláusulas;

2.2.2 Supressão ou suplementação dos recursos financeiros e/ou outros;

2.2.3 Alteração ou revisão do ANEXO I - Plano de Trabalho;

2.2.4 Prorrogação de prazo desde que dentro das condições previstas no Regulamento de Licitação da CESAN (RLC) e da Lei 13.303/2016, no que couber, com as devidas justificativas por escrito;

2.3 Os aditivos serão firmados mediante acordo entre as partes e em consonância com a legislação aplicável e outros instrumentos normativos internos da CESAN.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

3.1 As condições, incluindo novas adesões, para assistência médica à saúde complementar na modalidade autogestão aos beneficiários do Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão por intermédio deste convênio encontram-se definidas no ANEXO I Plano de Trabalho e nos regulamentos dos respectivos planos.

3.1.1 As condições constantes nos regulamentos poderão sofrer, a qualquer tempo, inclusões, alterações e/ou adaptações, em estrito atendimento às questões técnicas e legais ditadas por normas emanadas pelos órgãos reguladores.

3.1.2 Estes planos possuem como característica o pré-pagamento sendo as contribuições mensais dos beneficiários e patrocinadora repassadas no mês antecedente relativas à cobertura do plano no mês subsequente.

3.2 A eventual saída da CESAN como Patrocinadora do Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial somente poderá ocorrer na condição de atendimento ao disposto na Resolução Normativa nº 137 e suas alterações ou atendidos aos demais normativos complementares exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3.3 As faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas envolvidas no objeto deste convênio devem ser devidamente identificados com referência ao título e número do presente convênio.

3.4 O acompanhamento do convênio se dará no mínimo por:

3.4.1 Envio mensal das seguintes documentações:

- a) Informações da utilização dos planos e relatórios, conforme definido no plano de trabalho;
- b) Declaração, por mês de competência da apuração, de que as atribuições de folha de pagamento e os seus respectivos recolhimentos tributários estão devidamente quitados quanto aos empregados que atuam no objeto deste convênio.
- c) Comprovante de envio de informações obrigatórias à ANS, quando couber;
- d) Comprovante de pagamento das taxas da ANS, quando couber

3.4.2 Prestação de contas anual compreendendo o período total do ano de competência nos moldes e modelos definidos pela CESAN.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DO REPASSE

4.1 Os recursos envolvidos na execução do objeto deste convênio serão compostos por contribuições:

4.1.1 Mensais dos beneficiários;

4.1.2 Mensais da CESAN na qualidade de patrocinadora, no que lhe couber;

4.1.3 Das coparticipações oriundas da utilização dos procedimentos pelos beneficiários, conforme definido no plano de trabalho.

4.2 Os recursos financeiros sob responsabilidade da CESAN envolvidos na execução deste convênio serão provenientes de receita própria.

4.3 Ditos valores poderão variar de acordo com a utilização da assistência médica por parte dos beneficiários, pela mudança destes de faixa etária e reajuste na Tabela de Contribuição, bem como por demandas da CESAN como inclusões e exclusões de beneficiários.

4.3.1 Os recursos financeiros anuais, estimados mediante valores médios apurados no período de 01/01/2021 a 31/12/2021, para a execução do objeto deste convênio são de R\$ 22.442.695,09 (Vinte e dois milhões, quatrocentos e quarenta dois mil, seiscentos e noventa e cinco reais e nove centavos).

4.3.2 As tabelas de contribuições dos Planos Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão tem como vigência o período de agosto do ano anterior até julho do ano subsequente, tendo como data base para aplicação de reajustes o mês de agosto de cada ano conforme seus regulamentos.

4.4 O montante mensal a ser repassado pela CESAN para a Capital Prev, será composto de contribuições relativas à participação financeira da CESAN, dos empregados, seus dependentes e agregados (pais e mães) e pela coparticipação em procedimentos apurados pela Capital Prev no período, tendo por base o Regulamento do Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão,-entre outros aplicáveis.

4.5 Os valores das contribuições mensais e as coparticipações relativos aos beneficiários do Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão, sob responsabilidade de empregados da CESAN serão repassados mensalmente à Capital Prev até o 5º dia útil do mês subsequente ao desconto na folha de pagamento.

4.5.1 Inclui-se neste item os empregados em afastamento médico por doença e/ou acidente;

- 4.5.2 Havendo eventual incapacidade de saldo na folha de pagamento do empregado a CESAN fará o repasse integral a Capital Prev descontando os valores devidos posteriormente dos empregados, observando os limites definidos nos regulamentos dos planos.
- 4.6 O repasse dos recursos se dará mediante a apresentação mensal, junto com as informações de valores relativas a cobranças, dos documentos citados no item 3.4.1 que deverá ser encaminhado junto aos relatórios de cobranças mensais que subsidiam o repasse de recursos mensalmente.
- 4.7 Os recursos financeiros repassados para a Capital Prev serão exclusivamente aplicados na operação e administração dos planos na forma como previsto neste convênio, sendo expressamente proibida qualquer destinação de recursos financeiros recebidos para outros fins.

CLÁUSULA QUINTA – DA PROTEÇÃO DE DADOS

- 5.1 A CESAN e a Capital Prev se comprometem a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, garantindo que:
- 5.1.1 O tratamento de dados pessoais dar-se-á de acordo com as bases legais previstas nas hipóteses dos arts. 7º e/ou 11 da Lei nº 13.709/2018 às quais se submeterão o objeto deste convênio, e para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular;
- 5.1.2 O tratamento seja limitado às atividades necessárias ao atingimento das finalidades do objeto deste convênio, utilizando-os, quando seja o caso, em cumprimento de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito;
- 5.1.3 Em caso de necessidade de coleta de dados pessoais indispensáveis ao objeto deste convênio, esta será realizada mediante prévia aprovação da CESAN, responsabilizando-se a Capital Prev por obter o consentimento dos titulares (salvo nos casos em que opere outra hipótese legal de tratamento). Os dados assim coletados só poderão ser utilizados no objeto deste convênio, e em hipótese alguma poderão ser compartilhados ou utilizados para outros fins;
- 5.1.4 Eventualmente, as partes podem ajustar que a CESAN será responsável por obter o consentimento dos titulares, observadas as demais condicionantes deste Convênio;
- 5.1.5 Encerrada a vigência do convênio e seus aditivos ou não havendo mais necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a Capital Prev

interromperá o tratamento dos Dados Pessoais disponibilizados pelo CESAN e, em no máximo 30 (trinta) dias, sob instruções e na medida determinada pela CESAN, eliminará completamente os Dados Pessoais e todas as cópias porventura existentes (seja em formato digital ou físico), salvo quando a Capital Prev tenha que manter os dados para cumprimento de obrigação legal ou outra hipótese da LGPD.

- 5.2** A Capital Prev cooperará com a CESAN no cumprimento das obrigações referentes ao exercício dos direitos dos Titulares previstos na LGPD e nas Leis e Regulamentos de Proteção de Dados em vigor e também no atendimento de requisições e determinações do Poder Judiciário, Ministério Público e Órgãos de controle administrativo.
- 5.3** A Capital Prev compromete-se a tomar medidas de segurança técnica e organizacional, contra o tratamento não autorizado ou ilegal de dados pessoais, contra perda ou destruição acidental de dados pessoais e consequentemente danos.
- 5.4** A Capital deverá informar imediatamente à CESAN quando receber uma solicitação de um Titular de Dados, a respeito dos seus Dados Pessoais e abster-se de responder qualquer solicitação em relação aos Dados Pessoais do solicitante ou de clientes da CESAN, exceto de acordo com instruções documentadas da CESAN ou conforme exigido pela LGPD e Leis e Regulamentos de Proteção de Dados em vigor.
- 5.5** A Capital Prev garantirá a colaboração com a CESAN para os casos em que houver a necessidade de informar sobre o tratamento de dados pessoais.
- 5.6** Eventuais responsabilidades das partes serão apuradas conforme estabelecido neste convênio, no Regulamento de Licitações da CESAN e também de acordo com a Lei 13.709/2018.
- 5.7** A Capital Prev se obriga por si e por seus gestores, empregados, prestadores de serviços, colaboradores, parceiros ou pessoas que, por qualquer outra forma e sob sua designação, venham a atuar no âmbito do objeto deste convênio, a cumprir, na íntegra, as disposições da Lei 13.709/2018, bem como das Políticas Internas da Companhia que tratem ou venham a tratar sobre Proteção de Dados Pessoais da CESAN.

CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO

- 6.1** A fiscalização deste Convênio ficará a cargo da **GERÊNCIA DE RECURSOS (A-GRH)**

através da **DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL (A-DAP)** da CESAN.

- 6.2** Fica a Capital Prev obrigada a permitir e facilitar a qualquer tempo essa fiscalização, facultando o livre acesso ao seu escritório, bem como a todos os registros e documentos pertinentes ao objeto deste convênio, sem que essa fiscalização importe, a qualquer título, em responsabilidade por parte da CESAN.
- 6.3** A fiscalização poderá sustar a execução de qualquer trabalho que esteja sendo feito em desacordo com o disposto neste Convênio.
- 6.4** Fica acordado que a fiscalização não terá qualquer poder para eximir a Capital Prev de qualquer obrigação prevista neste instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA REPRESENTATIVIDADE DAS PARTES

- 7.1** Por parte da **CESAN** fica definido como representantes aqueles designados ocupantes da função de Gerente de Recursos Humanos, Chefe da Divisão de Administração de Pessoal e outros por estes indicados formalmente, para efeito de gerenciamento deste convênio, em até 10 (dez) dias após firmado o presente instrumento.
- 7.2** Por parte da **Capital Prev** fica definido como representante o Diretor(a) de Seguridade e outros indicados formalmente, para efeito de gerenciamento deste convênio, em até 10 (dez) dias após firmado o presente instrumento.
- 7.3** Os convenientes poderão substituir seus representantes a qualquer tempo devendo a comunicação ser feita em tempo adequado para não prejudicar o gerenciamento deste convênio.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO E EXTINÇÃO DO CONVÊNIO

- 8.1** O presente convênio extinguir-se-á pela conclusão de seu objeto ou pelo decurso de seu prazo de vigência, podendo ainda ser extinto por mútuo consenso dos partícipes.
- 8.2** Constituem motivo para rescisão do convênio:
- 8.2.1** O inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas;
 - 8.2.2** Descumprimento de obrigações ou condições estabelecidas no plano de trabalho;
 - 8.2.3** Pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

8.3 Poderá ainda ser rescindido o presente convênio mediante comunicação formal da parte interessada, com 180 (cento e oitenta) dias de antecedência e desde que atendidas as disposições da Lei nº 9656/98 e as normas da ANS, sendo que neste período haverá prestação normal dos serviços, com os repasses previstos neste convênio.

8.4 Este convênio somente dar-se-á por encerrado após a liquidação por parte da CESAN dos compromissos inerentes às mensalidades do Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão e das demais obrigações legais, até o período determinado pela legislação vigente.

CLÁUSULA NONA – DA RESPONSABILIDADE TRABALHISTA, FISCAL E PREVIDENCIÁRIA

9.1 Cada parte assumirá a responsabilidade de ordem trabalhista, fiscal e previdenciária ou em decorrência de acidente de trabalho em relação aos profissionais por elas alocados na consecução de projetos provenientes do presente termo.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

10.1 Compete à **CESAN**:

10.1.1 Prestar todas as informações julgadas necessárias, quando solicitadas, para desempenho adequado deste convênio e de seu objeto, bem como dirimir efetuais dúvidas, quando necessário;

10.1.2 Acompanhar, fiscalizar e avaliar a execução e desempenho do objeto deste convênio;

10.1.3 Efetuar os repasses dos recursos financeiros na forma definida neste instrumento, desde que regular prestação de informações necessárias sejam feitas pela Capital Prev;

10.1.4 Notificar oficialmente a Capital Prev quaisquer condições identificadas que possam vir a comprometer adequadamente o objeto deste convênio, solicitando a adoção de medidas corretivas ou preventivas necessárias.

10.1.5 Comunicar ao empregado desligado de seu quadro, sem justa causa, no ato da comunicação do aviso prévio, cumprido ou indenizado, ou equivalente, que seja beneficiário titular do Plano de Saúde Coletivo Viva+ Empresarial, sobre o direito à permanência no plano que se fará através da inclusão no Plano de Saúde Viva+ Coletivo por Adesão, mediante manifestação formal do interessado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação da CESAN, nos termos do artigo 10, da RN, ANS nº 279/2011 e posteriores.

10.1.6 Receber, analisar e aprovar, se regular, a prestação de contas referente aos recursos

repassados;

10.1.7 Comunicar à Capital Prev os empregados desligados da empresa.

Cumprir com suas obrigações na condição de patrocinador previstas neste instrumento e no regulamento dos planos.

10.2 Compete à Capital Prev:

10.2.1 Manter regular e ininterruptamente seu registro junto a ANS como operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão;

10.2.2 Manter regular e ininterruptamente os registros junto a ANS dos Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão;

10.2.3 Operar e administrar os planos de saúde objeto deste convênio, cumprindo o estabelecido neste instrumento, seus anexos e legislação e regulamentações aplicáveis ao seu objeto.

10.2.4 Providenciar a prestação de contas anual à CESAN nos moldes e modelos definidos por esta;

10.2.5 Manter documentos originais, fiscais ou equivalentes, que comprovem as despesas envolvidas no objeto deste convênio e uso do recurso financeiro repassado em condições de adequado e fácil acesso a fiscalização da CESAN e órgãos de controle interno e externo, pelo prazo de 05 (cinco) anos, a contar da aprovação da prestação de contas;

10.2.6 Interagir com os empregados da CESAN beneficiários dos planos, visando divulgar e/ou esclarecer informações dos planos de saúde objeto deste convênio, sempre que necessário;

10.2.7 Cumprir com os termos e prazos descritos no ANEXO I - Plano de Trabalho.

10.2.8 Encaminhar em tempo hábil para análise e manifestação da CESAN as proposições de atualização e revisão do regulamento dos Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Adesão, salvo as oriundas de dispositivos legais impositivos.

10.2.9 Encaminhar mensalmente cobrança das contribuições dos beneficiários dos Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão abarcados por este convênio, nos moldes e modelos definidos pela CESAN;

10.2.10 Encaminhar relatório de cobrança da coparticipação dos beneficiários dos Plano de Saúde Viva+ Coletivo Empresarial e Viva+ Coletivo por Adesão, nos moldes e modelos definidos pela CESAN;

10.2.11 Encaminhar cobrança integral dos valores conforme descritos no item 4.4 deste instrumento, nos moldes e modelos definidos pela CESAN;

10.2.12 Garantir a disponibilidade de profissionais qualificados, sob suas expensas,

para atuar na execução do objeto deste convênio.

10.2.13 Preservar o sigilo das informações envolvidas na execução do objeto deste convênio.

Este compromisso subsistirá mesmo após a extinção do vínculo entre as partes, pelos prazos previstos na legislação vigente.

10.2.14 Não fazer uso ou revelação, sob qualquer justificativa, a respeito de informações, dados, processos, fórmulas, códigos, cadastros, fluxogramas, diagramas lógicos, dispositivos, modelos ou outros materiais de propriedade da CESAN aos quais tiver acesso em decorrência deste convênio.

10.2.15 Registrar eventuais ocorrências havidas durante a execução do convênio, de tudo dando ciência à CESAN, respondendo integralmente por sua omissão.

10.2.16 Fazer comparecer representante da Capital Prev, sempre e nos moldes da convocação feita pelos representantes da CESAN, para exame, esclarecimento e outras necessidades decorrentes da execução do convênio.

10.2.17 Tomar conhecimento do Código de Conduta e Integridade, bem como das demais políticas de integridade e compliance da CESAN mantendo atuação coerente com tais dispositivos e outras legislações pertinentes.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICIDADE

11.1 A CESAN publicará o extrato do presente Convênio na imprensa oficial, especificando o seu objeto, os signatários e o prazo de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

12.1 Aplicam-se ao presente Convênio toda as normas, regulamentos e legislações citadas neste documento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

13.1 Os casos omissos, dúbios ou não regulamentados serão submetidos à análise e decisão das Diretorias da CESAN e da Capital Prev, com exceção àqueles de natureza urgente, que coloquem em risco a segurança e/ou saúde dos beneficiários, casos em que a Diretoria da Capital Prev decidirá liminarmente e comunicará posteriormente à CESAN.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

14.1 Fica eleito o Foro da Comarca de Vitória, Capital do Estado do Espírito Santo, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Convênio.

E, por estarem justas e contratadas, as partes assinam digitalmente o presente instrumento com certificação digital no padrão da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil (art. 10, parágrafo 1º da MP 2200-2/2001), na presença das testemunhas abaixo.

Vitória, ES, considera-se assinado o presente instrumento na data da última assinatura digital lançada pelas partes.

CARLOS AURÉLIO LINHALIS

Diretor Presidente
CPF N° 723.836.827-72

WEYDSON FERREIRA DO NASCIMENTO

Diretor Administrativo e Comercial
CPF N° 078.195.807-55

LUIZ CARLOS COTTA

Representante Legal da Capital Prev
CPF N° 450.306.347-20

ANA CRISTINA MUNHÓS DE SOUZA

Representante Legal da Capital Prev
CPF N° 215.638.706-06

ANEXO I – PLANO DE TRABALHO

1. Planos de saúde médicos e odontológicos VIVA+ Empresarial e VIVA+ Adesão

Administração e operação dos planos de saúde médicos e odontológicos VIVA+ Empresarial e VIVA+ Adesão, devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com abrangência geográfica de grupo de municípios, cobertura ambulatorial, hospital com obstetrícia e Odontologia, com padrão de acomodação em apartamento privativo, com direito a 1 (um) acompanhante e coparticipativo, conforme especificações abaixo detalhadas e outras especificações suplementares nos seus regulamentos:

1.1. Beneficiários Titulares

1.1.1. Empregados ativos da CESAN;

1.1.2. Diretores e empregados ad nutum da CESAN;

1.1.3. Pessoas elencadas nos itens “1.1.1” e “1.1.2”, que em decorrência de exoneração ou rescisão do contrato de trabalho por demissão sem justa causa, venham a fazer opção pela permanência no plano, por meio de requerimento formalizado, desde que, além de suas contribuições mensais, assumam o pagamento integral das contribuições do patrocinador, bem como suas coparticipações, e;

1.1.4. Empregados ativos no plano que vierem adquirir a condição de aposentado por invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

1.2. Beneficiários dependentes, são dependentes diretos dos Titulares:

1.2.1. Cônjuge ou companheiro(a);

1.2.2. Filho solteiro até 21 anos incompletos ou até 24 anos incompletos, desde que estudante universitário, mediante comprovação semestral;

1.2.3. Filho solteiro com invalidez permanente independentemente da idade, mediante a comprovação através de perícia médica;

1.2.4. Menor sob guarda ou tutela, comprovado por documento legal; e

1.3. Beneficiários Agregados

1.3.1. Pai e/ou mãe do Titular, desde que já inscritos no plano VIVA+.

2. Descrição detalhada

2.1 Viva+ Plano Médico

A assistência à saúde deste plano deverá proporcionar atendimentos médicos ambulatoriais, hospitalares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, em conformidade com as coberturas previstas na Lei nº 9656/98 contemplando, no mínimo, os seguintes requisitos e/ou especificações gerais:

- a) O plano assegurará aos Beneficiários, respeitados os prazos de carência, exclusões e coberturas estabelecidas neste documento, os procedimentos ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento, aplicando-se, ainda, as diretrizes de utilização para coberturas estabelecidas nas normas da ANS;

- A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura obrigatória, caso haja indicação clínica;
- Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho;
- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente;
- Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos;
- O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no convênio, está assegurado independentemente do local de origem do evento;
- Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:
 - i. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
 - ii. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
 - iii. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente ou critérios de regulação da Operadora;
 - iv. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente ou critérios de regulação da Operadora.
 - v. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
 - vi. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - 1. atividades educacionais;
 - 2. consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - 3. atendimento clínico;
 - 4. sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA); e
 - 5. implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

- vii. Os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - 1. Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - 2. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - 3. Radioterapia;
 - 4. Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - 5. Hemoterapia ambulatorial;
 - 6. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:
 - i. Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;
 - ii. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
 - iii. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
 - iv. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
 - v. O beneficiário terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para as Pessoas com Deficiência (PCD), conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
 - vi. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizada durante o período de internação hospitalar;
 - vii. Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - viii. Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA);
 - ix. Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - 1. Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - 2. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - 3. Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - 4. Hemoterapia;
 - 5. Nutrição enteral ou parenteral;
 - 6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

7. Embolizações e radiologia intervencionista;
 8. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
 9. Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- x. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - xi. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
 - xii. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - xiii. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
 - xiv. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;
- Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondente ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-
A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:
 - i. Custeio integral de pelo menos 90 (noventa) dias de internação;
 - ii. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 91º (nonagésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com Coparticipação do Beneficiário de 10% (dez por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes. Esse percentual de Coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela ANS que estiver vigente à época da contratação do plano.
 - iii. A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

- Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à área obstétrica:
 - i. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
 - ii. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
 - iii. Cobertura ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do titular, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.
 - O atendimento será assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada ao plano e os prazos de carência estabelecidos pela legislação vigente.
- b) Serão respeitadas as garantias de atendimento estabelecidas na legislação vigente.
- c) O plano garante a cobertura aos atendimentos de Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, e de Emergência como tal definidos os que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado em laudo fornecido pelo profissional assistente.
- d) O plano garante a cobertura de remoção de paciente internado, entre hospitais ou para realização de exames não disponíveis no local da internação, em ambulância terrestre básica ou UTI móvel, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, com indicação e apresentação de laudo contendo justificativa do médico assistente dentro do limite de abrangência geográfica do plano.
- e) O plano garante a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como Urgência e Emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade de atenção ao Beneficiário e dentro do limite de sua abrangência geográfica.
- f) Os serviços ofertados pelo plano serão prestados por rede credenciada e por livre escolha, mediante reembolso.
- g) O plano reembolsará os Beneficiários que se valerem de serviços por ele cobertos prestados por profissionais ou instituições fora do quadro de credenciados, ou fora da área de sua abrangência geográfica, desde que respeitados os limites regulamentares.
- h) O plano garantirá as seguintes coparticipações, quando da utilização da rede credenciada pelos Beneficiários, fixadas em:
- 20% (vinte por cento) do valor unitário dos procedimentos que possuam valor referencial de até R\$ 200,00 (Duzentos Reais);
 - 5% (cinco por cento) do valor unitário dos procedimentos que possuam valor referencial acima de R\$ 200,00 (Duzentos Reais);
 - 10% (dez por cento) do valor das despesas com internações para tratamentos de transtornos psiquiátricos e dependência química, que excederem a 90 (noventa) dias do período de um ano de contrato;
 - A coparticipação será limitada a R\$ 80,00 (Oitenta Reais) por procedimento unitário realizado;

- A coparticipação será limitada em R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por beneficiário/mês, não cumulativo;
 - i. Os valores citados neste item serão corrigidos nas mesmas data e pelo mesmo percentual de correção aplicados nas contribuições dos planos Viva+ Empresarial e por Adesão.
- A coparticipação é de inteira responsabilidade do titular e seus dependentes, cabendo a CESAN o repasse financeiro, EXCLUSIVAMENTE enquanto o titular estiver ativo na Cia. Após o desligamento do beneficiário ou desvinculação do plano, a Fundação poderá efetuar a cobrança da coparticipação diretamente ao beneficiário e este fica responsável em efetivar a quitação do valor diretamente à Fundação. A CESAN deverá comunicar à Fundação imediatamente o desligamento / desvinculação dos beneficiários titulares, bem como da impossibilidade de desconto em folha da coparticipação de qualquer beneficiário.
- Não haverá cobrança de coparticipação nos seguintes eventos, independente do regime de atendimento, ou seja, ambulatorial, internação hospitalar ou de hospital dia:
 - i. quimioterapia oncológica;
 - ii. terapia imunobiológica;
 - iii. tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico;
 - iv. radioterapia;
 - v. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - vi. radiologia intervencionista;
 - vii. internações clínicas e cirúrgicas.
- i) O plano proverá os beneficiários de atendimento através do sistema de internação domiciliar, de caráter não permanente, em substituição ou em complementação às internações hospitalares, sem qualquer ônus ao beneficiário. A cobertura da internação domiciliar deve conter, pelo menos:
 - Cuidados de enfermagem em período integral ou parcial, conforme o caso;
 - Assistência médica e de outros profissionais de saúde indispensáveis ao tratamento;
 - Materiais descartáveis e medicamentos de uso oral e/ou parenteral;
 - Equipamentos e gases medicinais hospitalares que garantam a sobrevivência;
 - Administração de dieta enteral ou parenteral;
 - Cuidados com cateteres de longa permanência e sondas (vesical, enteral) por período limitado de tempo, ou até que o cuidador/responsável esteja apto a fazê-lo;
 - Exames complementares;
 - Sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia e avaliação nutricional exigidas, necessária para a recuperação do paciente;
 - Curativos de qualquer porte;
 - Aspiração oral e traqueal;
 - Nebulização.

- j) O plano proverá os beneficiários atendimento através do sistema de assistência domiciliar, de caráter não permanente, em substituição ou em complementação às internações hospitalares. A cobertura da assistência domiciliar deve conter, pelo menos:
- Assistência médica e de outros profissionais de saúde indispensáveis ao tratamento, exceto odontólogo;
 - Terapias com medicamentos endovenosos ou intramusculares;
 - Sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia e avaliação nutricional exigidas para a recuperação do paciente;
 - Fornecimento de dieta enteral, por, pelo menos, 30 (trinta) dias;
 - Cuidados com cateteres de longa permanência e sondas;
 - Curativos de qualquer porte.
- k) O plano possuirá rede credenciada composta por Profissionais ou Instituições prestação de serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia.
- l) O plano terá rede credenciada atendendo, no mínimo, os seguintes municípios: Afonso Claudio, Anchieta, Barra de São Francisco, Bom Jesus de Itabapoana, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Domingos Martins, Ecoporanga, Guarapari, Ibatiba, Itaperuna, Iúna, Marechal Floriano, Montanha, Muqui, Nova Venécia, Pedro Canário, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Gabriel da Palha, São Mateus, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória.
- m) O plano garantirá o atendimento aos beneficiários em rede credenciada existente nos municípios limítrofes àqueles listados acima, quando não for possível de serem atendidos nos municípios referidos.
- n) A cobertura prevista no presente instrumento se inicia a partir da adesão do Beneficiário, após a realização da Entrevista Qualificada (EQ), quando for o caso, de modo que não se prolonguem as carências, exceto nos casos previstos no item seguinte, sendo o contrato por prazo indeterminado e renovado automaticamente a cada ano, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.
- o) A adesão ao plano será disponibilizada na admissão do empregado, sendo:
- Empregado recém-admitido do patrocinador não haverá cumprimento de carência para o Beneficiário Titular e seus Dependentes se a adesão ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de admissão;
 - Demais empregados do patrocinador, seus Dependentes e Agregados, que não aderiram ao Viva+ Empresarial, cumprirão os períodos de carência e estarão sujeitos a Cobertura Parcial Temporária (CPT) conforme estabelecidos na legislação vigente.
 - Cônjuge ou Companheiro(a): não haverá carência se a inclusão ocorrer em até 60 (sessenta) dias da data do casamento ou da expedição da Declaração Pública de Vida em Comum. Após este prazo, cumprirá as carências previstas na legislação vigente.
 - Filho recém-nascido ou adotivo com idade inferior a 12 (doze) anos: não haverá carência se a inclusão ocorrer em até 60 (sessenta) dias da data de nascimento ou da adoção. Após este prazo, cumprirá as carências previstas na legislação vigente.
 - Não haverá carência para a cobertura dos casos devidamente caracterizados como Urgência ou Emergência.

- No caso de cancelamento da adesão ao plano, por parte de qualquer Beneficiário e na hipótese de este desejar retornar ao plano com um intervalo de tempo até 30 (trinta) dias, haverá carência de 90 (noventa) dias, limitado a no máximo 03 (três) solicitações de cancelamento.
- No caso de cancelamento da adesão ao plano, por parte de qualquer Beneficiário e na hipótese de este desejar retornar ao plano com um intervalo de tempo superior a 30 (trinta) dias, este cumprirá as carências previstas na legislação vigente;
- Não haverá carência para o dependente ou agregado do titular, que esteja inscrito no plano e que venha a se tornar titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias. Após este prazo, cumprirá as carências previstas na legislação vigente;
- Para fins deste instrumento, consideram-se:
 - i. doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador, no momento da adesão ao Viva+ Empresarial e as declara no ato do preenchimento da Declaração de Saúde (DS) ou da Entrevista Qualificada (EQ), conforme legislação específica vigente;
 - ii. cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da adesão ao Viva+ Empresarial, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal, no ato da adesão;
 - iii. entende-se como Agravo, qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao Viva+ Empresarial para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- A CESAN poderá solicitar a inclusão de beneficiários, que não estejam enquadrados na situação acima, sem o cumprimento de carências;
- Todos os demais casos cumprirão os períodos de carência e estarão sujeitos a Cobertura Parcial Temporária (CPT) conforme estabelecidos na legislação vigente.

2.2 Viva+ Plano Odontológico

A assistência à saúde deste plano deverá proporcionar, de forma indivisível do plano médico, atendimentos odontológicos em conformidade com as coberturas previstas na Lei nº 9656/98, contemplando, no mínimo, os seguintes requisitos e/ou especificações gerais:

- a) O plano assegurará aos Beneficiários, respeitados os prazos de carência, exclusões e coberturas estabelecidas neste documento, os serviços de odontologia, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento, aplicando-se, ainda, as diretrizes de utilização para coberturas estabelecidas nas normas da ANS;
- b) A cobertura odontológica compreende além dos procedimentos listados no Rol da ANS aqueles detalhados a seguir:
 - Endodontia:
 - i. Clareamento de dente desvitalizado;
 - ii. MTA.

- Odontopediatria:
 - i. Arco lingual;
 - ii. Aparelho protetor bucal;
 - iii. Mantenedor de espaço fixo;
 - iv. Mantenedor de espaço removível;
 - v. Placa oclusal resiliente;
 - vi. Plano inclinado.
- Ortodontia:
 - i. Aparelho de reposição;
 - ii. Aparelho ortodôntico fixo metálico;
 - iii. Aparelho ortodôntico ortopédico;
 - iv. Manutenção de aparelho ortodôntico fixo;
 - v. Manutenção de aparelho ortodôntico ortopédico;
 - vi. Placa de hawley;
 - vii. Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.
- Periodontia:
 - i. Contenção fixa (por arcada);
 - ii. Cirurgia periodontal (por segmento);
 - iii. Enxerto conjuntivo subepitelial;
 - iv. Enxerto gengival livre;
 - v. Manutenção periodontal;
 - vi. Regeneração tecidual guiada (RTG).
- Prótese:
 - i. Cirurgia periodontal (por segmento);
 - ii. Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório);
 - iii. Coroa 3/4 ou 4/5 metálica;
 - iv. Coroa total metalo cerâmica;
 - v. Faceta laminada em porcelana (dentes anteriores);
 - vi. Manutenção periodontal;
 - vii. Ortese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora);
 - viii. Prótese parcial fixa em metalo cerâmica;
 - ix. Prótese parcial fixa em metalo plástica;
 - x. Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão;
 - xi. Prótese parcial removível com grampos bilateral;
 - xii. Prótese parcial removível com provisória em acrílico com ou sem grampos;
 - xiii. Prótese total;

- xiv. Prótese total imediata;
- xv. Provisório para INLAY/ONLAY;
- xvi. Reembasamento de prótese total ou parcial imediato (em consultório);
- xvii. Reembasamento de prótese total ou parcial imediato (em laboratório);
- xviii. Restauração em cerâmica pura (ONLAY);
- xix. Restauração em cerômero (ONLAY).

- Radiologia:

- i. Documentação ortodôntica;
- ii. Modelos ortodônticos;
- iii. Radiografia antero-posterior;
- iv. Radiografia da ATM;
- v. Radiografia de mão e punho (carpal);
- vi. Radiografia postero-anterior.
- vii. Telerradiografia;
- viii. Telerradiografia com traçado cefalométrico.
- ix. TV (CONE BEAM) 01 elemento dental em maxila ou mandíbula;
- x. TV (CONE BEAM) 02 a 04 elementos dentais em maxila ou mandíbula;
- xi. TV (CONE BEAM) acima de 04 elementos dentais em maxila ou mandíbula;
- xii. TV (CONE BEAM) Maxila total;
- xiii. TV (CONE BEAM) Mandíbula total;
- xiv. TV (CONE BEAM) Seios da face e ATM.

- c) Os serviços ofertados pelo plano serão prestados por rede credenciada e por livre escolha, mediante reembolso.
- d) O plano reembolsará os Beneficiários que se valerem de serviços por ele cobertos prestados por profissionais ou instituições fora do quadro de credenciados, ou fora da área de sua abrangência geográfica, desde que respeitados os limites regulamentares.
- e) O plano garantirá as seguintes coparticipações, quando da utilização da rede credenciada pelos Beneficiários, fixadas em:
 - 20% (vinte por cento) do valor unitário dos procedimentos que possuam valor referencial de até R\$ 200,00 (Duzentos Reais);
 - 5% (cinco por cento) do valor unitário dos procedimentos que possuam valor referencial acima de R\$ 200,00 (Duzentos Reais);
 - A coparticipação será limitada em R\$ 50,00 (cinquenta reais) por beneficiário/mês, não cumulativo.
 - i. Os valores citados neste item serão corrigidos nas mesmas data e pelo mesmo percentual de correção aplicados nas contribuições dos planos Viva+ Empresarial e por Adesão;

- A coparticipação é de inteira responsabilidade do titular e seus dependentes, cabendo a CESAN o repasse financeiro, EXCLUSIVAMENTE enquanto o titular estiver ativo na Cia. Após o desligamento do beneficiário ou desvinculação do plano, a Fundação poderá efetuar a cobrança da coparticipação diretamente ao beneficiário e este fica responsável em efetivar a quitação do valor diretamente à Fundação. A CESAN deverá comunicar à Fundação imediatamente o desligamento / desvinculação do beneficiário titular, bem como da impossibilidade de desconto em folha da coparticipação de qualquer beneficiário.

3. Reajustamento do Planos dos saúde VIVA+ Empresarial e VIVA+ Adesão

Para fins deste convênio as tabelas de contribuição mensais poderão ser reajustadas na data base, ou seja, agosto de cada ano, descontando-se os valores de contribuição dos empregados, no pagamento do mês de julho de cada ano, conforme disposto no seus regulamentos. Para fins de reajustamento serão aplicadas as seguintes condições:

- a) Caso a sinistralidade calculada para o período seja menor que 75% (setenta e cinco por cento), não será aplicado reajuste.
- b) Caso a sinistralidade calculada para o período seja superior a 75% (setenta e cinco por cento) e inferior ou igual a 85% (oitenta e cinco por cento), o reajuste será conforme o IPCA Saúde (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - Saúde), do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- c) Caso a sinistralidade calculada para o período seja superior a 85% (oitenta e cinco por cento), o percentual de reajuste ficará sujeito à negociação, devidamente justificada através de avaliação técnica atuarial.
- d) A sinistralidade deverá ser apurada pela utilização dos serviços no período de 12 (doze) meses pela receita correspondente ao referido período. As receitas e despesas deverão ser alocadas de acordo com o mesmo regime de apuração praticado pelo plano, ou seja, o regime de competência.
- e) O plano incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.
- f) O percentual de reajuste será apurado pela média da sinistralidade mensal, sendo calculada a cada 12 (doze) meses consecutivos, devendo a sinistralidade ser devidamente documentada e demonstrada.
- g) Considerar-se-á a seguinte fórmula para cálculo do reajuste contratual do plano ou seguro privado de assistência médica, devendo o plano comprovar os custos individuais de cada grupo de despesas:

$$SV = (S1 + S2 + S3 + S4) \div R.$$

Onde:

SV = Sinistralidade Verificada;

S1= despesas assistenciais (honorários médicos + diagnósticos + terapêuticos);

S2= despesas hospitalares (taxas + diárias);

S3= despesas com materiais + medicamentos + órteses + próteses;

S4= despesas com reembolsos, se houver;

R= Receita (o valor total recebido no período de mensalidade e coparticipações).

- h) O pedido de reajuste deverá ser apresentado em até 60 (sessenta) dias após o fim do período de apuração, devidamente instruído com a documentação pertinente, desde que solicitado pela Fundação durante a vigência do convênio.
- i) O reajuste referente à agosto de 2022 será aplicado nos seguintes moldes:
 - a. O percentual do IPCA Saúde (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - Saúde), do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apurado no ano de competência subtraído de 2% (dois por cento).

4. Demais condições

Durante a vigência do Convênio, a Fundação deve cumprir as normas técnicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as leis, regulamentos e posturas municipais, bem como as normas de saúde, de segurança do trabalho, de segurança pública adequada e de meio ambiente. Mantendo o quantitativo e o nível de qualidade da rede credenciada, inclusive dos hospitais.

- a) A Fundação deverá designar médico auditor para contato técnico com os gestores ou fiscais do Convênio da CESAN, para apresentação de dados referentes a casos complexos e de alto custo, bem como esclarecimentos de divergências e questionamentos relativos à conduta e encaminhamentos no atendimento aos beneficiários de cada Plano.
- b) Todos os dados relativos ao sigilo médico, assim como senha de acesso a estes dados, quando couber, deverão ser fornecidos exclusivamente aos médicos, enfermeiros ou profissionais compatíveis, designados pela CESAN como fiscais do Convênio.
- c) Para acompanhamento do convênio a Capital Prev deverá disponibilizar acesso ao banco de dados, em formato compatível com os sistemas da CESAN, contendo dados cadastrais dos beneficiários e possibilitando a obtenção de relatórios parametrizados em planilhas eletrônicas, relativos a:
 - 1) movimentação cadastral;
 - 2) beneficiários ativos por faixa etária e sexo;
 - 3) Tipo de plano;
 - 4) Relatório detalhado de utilização ambulatorial dos serviços (consultas, exames, internações hospitalares clínicas e cirúrgicas, procedimentos ambulatoriais e reembolsos, entre outros) individualizado por plano, órgão e beneficiário;
 - 5) Todas as internações em curso com o nome do paciente, diagnóstico, recurso utilizado e discriminação da data e diagnóstico da alta;
 - 6) Maiores beneficiários utilizadores, em internações, por número de eventos, contemplando todos os procedimentos de cada utilização;
 - 7) O relatório de cada internação deve ser detalhado em categorias de custo (materiais e medicamentos, diárias e taxas e honorários), sendo que cada categoria deve conter o custo individualizado dos seus itens componentes;
 - 8) Em se tratando de órteses, próteses e materiais especiais, deverá ser identificado devidamente o material e fornecedor assim como a tabela utilizada para referência de preço devidamente justificado;
 - 9) Maiores beneficiários utilizadores de recursos diagnósticos ambulatoriais, por número de eventos;

- 10) Maiores beneficiários utilizadores de consultas médicas, por número de eventos;
 - 11) Maiores custos por procedimento ambulatorial, discriminados o tipo de procedimento, materiais e medicamentos;
 - 12) Patologias clínicas e cirurgias por grupo de CID e recurso credenciado, com quantidade de beneficiários internados, o custo correspondente, número de diárias e tempo médio de permanência;
 - 13) Hospitais, laboratórios e serviços mais utilizados, segundo o número de eventos;
 - 14) Hospitais, laboratórios e serviços mais utilizados, segundo o volume de custos;
 - 15) Beneficiários em Atendimento Domiciliar (Home Care);
 - 16) Beneficiários acompanhados por programas da CONTRATADA do plano de saúde;
 - 17) Análise de custos e receita emitida por período;
 - 18) Análise de custos e de utilização por especialidade;
 - 19) Análise de custos por tipo de evento e origem de cobrança, com a geração de indicadores em porcentagem (%) de cada evento em relação aos custos e à utilização do total das despesas apuradas por período.
- d) A Fundação deverá enviar mensalmente relatório médico dos principais eventos a serem realizados no mês seguinte, relacionando provisionamento de custos e prestadores de serviço.
- e) A Fundação deverá possibilitar aos gestores e fiscais da CESAN o acesso a todas as informações relativas às despesas realizadas durante as internações e demais procedimentos, para acompanhamento do Convênio, conforme parâmetros e periodicidade a serem definidos pelas partes, quando da reunião inicial.
- f) O compartilhamento das informações necessárias à plena execução do Convênio deverá obedecer às normas constantes da Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018.
- g) A Fundação obriga-se, com recursos próprios, a manter programas de prevenção de saúde, qualidade de vida ou atenção primária, para os beneficiários, sempre buscando a diversificação dos diferentes públicos-alvo (sexo, idade, peso, local de residência, patologias identificadas, etc).
- h) A CESAN poderá sugerir programas específicos de prevenção à saúde, qualidade de vida ou atenção primária, à fundação que, após avaliação de viabilidade técnica, fica responsável pela sua administração e operacionalização.
- i) A fundação obriga-se, na periodicidade definida pela CESAN para cada programa, a encaminhar relatório de execução contendo, pelo menos, as seguintes informações: dados do programa, beneficiários participantes, custos, assiduidade, resultados atingidos e dados clínicos.
- j) A fundação obriga-se a cumprir o padrão TISS vigente, estabelecido pela RN 305/2012 da ANS, aplicando, no mínimo, os seguintes processos padronizados: "Autorização de procedimentos", "Envio de dados de utilização", "Informações acerca da negativa de autorização", "Informações acerca dos procedimentos de parto" e "Verificação de Elegibilidade".
- k) Disponibilizar suporte técnico remoto mediante atendimento telefônico por meio de número gratuito ou de custo de uma ligação local para todo o Estado do Espírito Santo, originadas de telefone fixo ou celular, que deverá obrigatoriamente ser informado em até

- 60 (sessenta) dias da entrada em vigor do convênio, para esclarecimentos de dúvidas, resolução de problemas e abertura de atendimento relacionado aos beneficiários e à CESAN;
- l) Em Todos os serviços prestados à CESAN, as despesas com deslocamento, alimentação, horas extras e hospedagem quando necessários de recursos humanos serão por conta da Capital Prev;
 - m) Assumir todas as responsabilidades decorrentes desta contratação, principalmente no que se refere à obrigação de manter uma ampla rede de estabelecimentos credenciados atendendo as exigências mínimas do edital. Os Contratos/Convênios são de exclusiva responsabilidade da Fundação, excluindo, portanto, a CESAN, de qualquer vínculo ou solidariedade.
 - n) Caso a fundação não possua aplicativo para carteirinha virtual deverá providenciar a entrega dos cartões dos Planos Viva+ Empresarial e por Adesão nos endereços dos Beneficiários, ou em outro local indicado pela CESAN, sem ônus a esta e/ou beneficiário incluindo frete, em até 10 (dez) dias úteis contados a partir da notificação da demanda decorrente de:
 - 1) Novas adesões;
 - 2) Substituição dos cartões que apresentarem problemas de leitura, desgaste natural ou problemas de confecção;
 - 3) Nos casos de extravio de cartões.
 - o) Todas as comunicações entre a CESAN e a Fundação serão sempre por escrito em meio digital e assinados eletronicamente. Quando for necessária reunião presencial, estas deverão ser registradas em ATAS e/ou registrados por e-mail e no término da reunião deverá ser lido, assinado e/ou encaminhado a todos os participantes.
 - p) É de responsabilidade da Fundação a obtenção junto às repartições competentes, das licenças necessárias à execução dos serviços contratados, eximindo a CESAN de quaisquer responsabilidades.
 - q) A Fundação obriga-se a realizar no sistema, dentro do período de vigência do convênio, melhorias e atualizações de segurança ou sistema WEB, sempre que houver novas versões ou exigências de nova legislação, ou a pedido da CESAN, ficando a Fundação incumbida de fazer as solicitações sem ônus.
 - r) Apresentar nome e contatos do seu representante, que tratará de todos os assuntos pertinentes à execução dos serviços. A CESAN poderá determinar à Capital Prev, sempre que julgar necessário, substituição do seu representante.
 - s) A Fundação deverá assumir inteira responsabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados a seus empregados, ou propostos à Contratante ou a terceiros.
 - t) Comprovar, sempre que necessário, a regularidade da situação cadastral relativo à autorização de funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
 - u) Comprovar, sempre que necessário, a inscrição ativa no Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo.
 - v) Comprovar, sempre que necessário, que a classificação mais recente quanto ao IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar), calculado pela ANS, seja igual ou superior a 0,7. Será aceita a comprovação documental oficial da classificação ou a pesquisa na página da ANS.
 - w) Elaborar e apresentar um plano de ação com metas de desempenho para redução de despesas assistenciais e administrativas na operação dos planos de saúde. Este plano deve visar a redução de custos assistenciais e administrativos a médio e longo prazo, buscando a perenidade dos planos de saúde e a obtenção de uma melhor relação custo benefício, mas sem deixar de assegurar a qualidade e o prazo dos serviços prestados e uma melhor qualidade de vida aos beneficiários dos planos. Este plano pode ser composto por mais de

uma ação/meta e deve conter, pelo menos, objetivo, abrangência, público alvo, escopo, metodologia, custos estimados, cronograma, resultados esperados e vantajosidade, bem como periodicidade de repasse de informações para a CESAN.

5. Tabela de valores de contribuições mensais

VIVA+		
Faixas Etárias	Empregados e Dependentes	Agregados
00-18	206,27	247,53
19-23	255,76	306,92
24-28	317,15	380,58
29-33	393,27	471,91
34-38	487,66	585,19
39-43	604,68	725,64
44-48	749,82	899,78
49-53	929,77	1.115,73
54-58	1.152,93	1.383,51
59 ou mais	1.237,60	1.485,11

6. Distribuição de vidas atuais

VIVA+	
Faixas Etárias	Nº Vidas
00-18	713
19-23	137
24-28	61
29-33	208
34-38	407
39-43	386
44-48	211
49-53	158
54-58	240
59 ou mais	456
Total	2.977

7. Cronograma

[illegible]