



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

Rua Venâncio Aires, 2035, sala 106, Centro, CEP 97010-005, Santa Maria - RS
Fone: 3286-2881, e-mail: administrativo@ipasspsm.net

PLANO DE SAÚDE COMPLETO **CONTRIBUIÇÃO FIXA (PIC)**

1 - BENEFÍCIOS E COBERTURAS

a) PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - O pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas, compreendendo instalações e equipamentos, deverá ser prestado no Município de Santa Maria e estar perfeitamente adequado às exigências legais. Deverá possuir capacidade plena para atender regularmente o potencial de usuários do IPASSP-SM e manter, no mínimo, 2 (dois) médicos de plantão, sendo 1 (um) médico com especialização comprovada em clínica médica e 1 (um) médico com especialização comprovada em pediatria. Os atendimentos no pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas estão cotados no plano com coparticipação de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para a consulta, e de 30% do valor da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la, para exames especiais e/ou complementares.

b) CONSULTAS MÉDICAS - As consultas médicas deverão ser realizadas nos consultórios dos próprios médicos no Município de Santa Maria, sendo que, em casos especiais e a critério do médico, poderão ser realizadas em outros locais nas mesmas condições de cobertura do plano. Ficarão à disposição dos usuários, no mínimo, 3 (três) médicos em cada uma das seguintes especialidades: clínica médica, cardiologia, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, anesthesiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, angiologia, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, fisiatria, gastroenterologia, geriatria, nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia, traumatologia, urologia, e, no mínimo, 1 (um) médico para as seguintes especialidades: cirurgia cardiovascular, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, endoscopia, hematologia e hemoterapia, homeopatia, infectologia, mastologia, medicina do trabalho, medicina intensiva, medicina nuclear, nutrologia, patologia, radiologia e diagnóstico por imagem, radioterapia, bem como as demais especialidades que surgirem durante a vigência do contrato de adesão. Os usuários do IPASSP-SM terão direito a ser atendidos exclusivamente por médicos credenciados na contratação para realização de consultas nos consultórios particulares dos mesmos, no horário normal de suas clínicas.

c) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL - O atendimento de urgência e emergência será feito por meio de serviços do pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou dos serviços de urgência hospitalar e ambulatorial. O atendimento de urgência e emergência em todo território nacional será prestado em cada região do país e será realizado no município onde se encontra o usuário, ou, na falta da prestação de serviço naquele município, será realizado no município mais próximo, dentro de cada região de atendimento, nas mesmas condições de cobertura do plano. Para efeito desta cláusula, considera-se região a divisão oficial do território nacional em sul, sudeste, nordeste, centro-oeste e norte.

d) PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - Os procedimentos ambulatoriais serão realizados no pronto atendimento 24 (vinte e quatro) horas ou, a critério médico, na rede hospitalar de cobertura do plano. São procedimentos em nível ambulatorial as



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

Rua Venâncio Aires, 2035, sala 106, Centro, CEP 97010-005, Santa Maria - RS
Fone: 3286-2881, e-mail: administrativo@ipasspsm.net

pequenas cirurgias com anestesia local que necessitam no máximo 12 (doze) horas de hospitalização.

e) EXAMES ESPECIAIS CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS – CBHPM OU A QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA - Serão realizados no Município de Santa Maria ou, a critério médico, em outro município nas mesmas condições de cobertura do plano. Os usuários poderão realizar exames especiais em clínicas ou laboratórios não credenciados na contratação, nas mesmas condições de cobertura do plano, somente quando, por motivo justificado, esses exames não puderem ser realizados na rede credenciada.

f) EXAMES COMPLEMENTARES CONSTANTES NA TABELA DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS – CBHPM OU A QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA - Os exames complementares serão realizados no Município de Santa Maria ou, a critério médico, em outro município, nas mesmas condições de cobertura do plano. Os usuários poderão realizar exames complementares em clínicas ou laboratórios não credenciados na contratação, nas mesmas condições de cobertura do plano, somente quando, por motivo justificado, esses exames não puderem ser realizados na rede credenciada.

g) RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA E HEMODIÁLISE AMBULATORIAL - A radioterapia, quimioterapia e a hemodiálise ambulatorial serão realizadas por profissional com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria ou, a critério médico, em outro município, nas mesmas condições de cobertura do plano. As 10 (dez) primeiras sessões estão englobadas no plano, ou seja, sem coparticipação, por ano-contrato. A partir da 11ª (décima primeira) sessão, o pagamento da coparticipação correspondente a 30% (por sessão) sobre o preço da Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou a que vier a substituí-la será de responsabilidade do segurado, sem direito a desconto em folha de pagamento. O prazo e o início do tratamento ficarão exclusivamente a critério do médico. Os usuários poderão realizar a radioterapia, quimioterapia e a hemodiálise ambulatorial em clínicas ou laboratórios não credenciados na contratação, nas mesmas condições de cobertura do plano, somente quando, por motivo justificado, esses tratamentos não puderem ser realizados na rede credenciada.

h) FISIOTERAPIA AMBULATORIAL - A fisioterapia ambulatorial será realizada por profissional com especialidade comprovada, no Município de Santa Maria ou a critério médico em outro município, nas mesmas condições de cobertura do plano. As 20 (vinte) primeiras sessões por ano, a contar da data de inclusão do beneficiário, estão englobadas no plano, ou seja, sem co-participação. A partir da 21ª (vigésima primeira) sessão, será cobrada uma coparticipação de 30% (trinta por cento), por sessão, do preço tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM. O prazo e o início do tratamento ficarão exclusivamente a critério do médico. Quando, por qualquer motivo justificado e a critério médico, as sessões de fisioterapia previstas no contrato tiverem que ser feitas por clínicas e/ou profissionais não credenciados pela Contratada, os usuários poderão realizá-las em outras clínicas e/ou profissionais, nas mesmas condições de cobertura do plano.

i) SERVICOS DE REMOÇÃO DE PACIENTES - Serão realizados em todo o território nacional e com a cobertura total do plano nos casos de urgência e emergência. Na



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

Rua Venâncio Aires, 2035, sala 106, Centro, CEP 97010-005, Santa Maria - RS
Fone: 3286-2881, e-mail: administrativo@ipasspsm.net

hipótese de encontrar-se o beneficiário necessitando de atendimento de urgência e emergência em localidade na qual não exista o serviço ou, mesmo existindo, não disponha de terapêutica necessária, terá o usuário do atendimento, ou a pessoa que por ele fizer a despesa, direito a ser ressarcido dos seus custos no prazo de 60 (sessenta) dias, neles incluída a remoção no território nacional, quando ficar caracterizado, a pedido do médico assistente, a falta de recursos para a continuidade de atenção ao usuário. Os valores de ressarcimento são aqueles fixados na tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, ou na falta, pelos valores de mercado. O usuário ou seu responsável deverá, na necessidade de remoção, realizar contato com a operadora do plano de saúde, de forma a permitir que a mesma assuma a condução do processo de remoção. O pedido de reembolso será instruído mediante a apresentação, pelo usuário, dos recibos originais de despesa, cópias do relatório médico que contenha a descrição do diagnóstico e do procedimento recomendado e, quando for o caso, cópia dos laudos dos exames realizados. O disposto neste item quanto à remoção aplica-se igualmente nas hipóteses de urgência e emergência, dentro da área de abrangência no Município na qual for impossível a continuidade do atendimento, no local inicialmente procurado pelo usuário, contanto que o mesmo não possa, sem risco de vida, autolocomover-se. Nos casos em que os serviços oferecidos no contrato não estiverem comprovadamente disponíveis no Município de Santa Maria na data de sua requisição, os beneficiários terão direito a serem atendidos em outra localidade na qual existam serviços da mesma natureza, hipótese na qual dependerão de prévia autorização da operadora do plano de saúde.

j) SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SOS - Serão realizados no perímetro urbano, dentro dos limites estabelecidos na legislação Municipal de Santa Maria.

l) CARÊNCIA – Para os contratos ativos em 30/09/2014, os usuários do Plano Completo terão atendimento, sem carência, dos benefícios previstos neste contrato de adesão. Para os novos contratos, reingressos de usuários e migração de Plano (Ambulatorial para Completo), cuja adesão/migração ocorrer a partir de 01/10/14, deverão ser cumpridas as carências previstas na Lei 9.656/98.

m) COPARTICIPACAO EM CONSULTAS E EXAMES – As coparticipações de consultas e exames serão pagas pelo usuário no ato do respectivo procedimento ou da respectiva autorização pela Operadora, exceto procedimentos realizados fora da área de abrangência do Plano, cuja coparticipação será descontada na folha de pagamento do usuário titular do Plano. Será cobrado diretamente de cada usuário, a título de coparticipação, o valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por consulta médica realizada em consultório. Incluem-se no valor de coparticipação os exames de diagnose e terapia realizados no consultório médico. Para os exames especiais e os exames complementares, bem como as sessões de fisioterapia, radioterapia, quimioterapia e hemodiálise ambulatorial acima dos limites cobertos pelo plano será pago pelo usuário, no ato do respectivo procedimento ou da respectiva autorização pela Operadora o valor correspondente a 30% (trinta por cento) do preço estipulado na tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ou que vier a substituí-la em vigor na data da realização dos exames e/ou sessões.

n) CARTEIRAS PARA OS USUÁRIOS – As carteiras serão individualizadas, com identificação completa do usuário e discriminadas em titular ou dependente. Serão



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

Rua Venâncio Aires, 2035, sala 106, Centro, CEP 97010-005, Santa Maria - RS
Fone: 3286-2881, e-mail: administrativo@ipasspsm.net

fornecidas sem custo para a primeira via e terão registro do prazo de validade. Nenhum atendimento ou serviço previsto no contrato será dado sem a apresentação da carteira de identificação de beneficiário, acompanhada de cédula de identidade do mesmo ou na falta, de outro documento de efeito similar. A carteira de identificação é documento pessoal intransferível do usuário. A utilização da carteira por terceiros, mesmo sem o consentimento do beneficiário, tornará o servidor usuário responsável pelas despesas indevidamente efetuadas, dentre elas as despesas administrativas e, no caso de culpa, por multa de 10% (dez por cento) incidente sobre o valor das despesas e exclusão do usuário. No caso de extravio da carteira de identificação, para fins de obtenção de 2ª (segunda) via, o usuário comunicará o fato imediatamente ao IPASSP-SM e a Contratada, arcando com as despesas da 2ª (segunda) via. O servidor usuário obriga-se a recolher ao IPASSP-SM as carteiras expedidas na hipótese de exclusão dos usuários ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega das mesmas, pelos custos operacionais decorrentes dos atendimentos fornecidos em virtude da sua utilização dentro de seu prazo de validade.

o) INTERNACAO EM SANTA MARIA OU, A CRITÉRIO MÉDICO, EM OUTRA LOCALIDADE – As internações serão realizadas a partir da data da requisição médica, exceto no caso de urgência, em que a internação deverá ser imediata. O hospital deverá ter capacidade de realizar todos os exames especiais e complementares e outros de competência da rede hospitalar. O tempo de permanência do usuário no hospital, tanto em quartos coletivos quanto em unidades de tratamento intensivo, ficará a critério do médico responsável pela internação. Os serviços de acomodações serão em regime de apartamento coletivo, de dois (2) a três (3) pacientes. Segurados com idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos e menores com idade igual ou inferior a 12 (doze) anos terão direito a acompanhante. Na falta de quarto coletivo o segurado deverá ser acomodado em outro quarto, nas mesmas condições de cobertura do plano. Está na cobertura do plano completo categoria A o centro de tratamento intensivo (CTI), o centro de tratamento intensivo neonatal e o serviço de medicina nuclear.

2 - USUÁRIOS

2.1 - São usuários titulares do contrato os servidores ativos, inativos e pensionistas, excetuando-se os cargos temporários e cargos em comissão.

2.2 - São dependentes econômicos do servidor titular no Fundo de Assistência à Saúde (Artigo 2º da Lei Municipal nº 4.992/2007):

- a) O(a) esposo(a) ou companheiro(a);
- b) Os filhos menores de 18 anos e os filhos inválidos de qualquer idade;
- c) Os filhos menores de 24 anos, no estado civil solteiro, estudantes universitários sem renda própria;

2.3 - O IPASSP-SM, ao firmar o contrato, entregará à UNIMED, para cadastro, a lista de usuários já cadastrados, sendo mensalmente atualizável, com registros de inclusões e exclusões, ficando estas sob responsabilidade única do Instituto.

2.4 - Compete ao IPASSP-SM, quando do fornecimento da lista de usuários dependentes, justificar o vínculo de dependência, conforme determinado no item 7.4.1 deste anexo, comprovando, quando necessário, por todos os meios de prova

judicialmente admissíveis para o caso.

2.5 - O IPASSP-SM responderá pela veracidade dos dados fornecidos a partir da documentação apresentada pelo servidor no ato da adesão junto ao Instituto.

3 – INÍCIO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 - O início da execução dos serviços se dará a partir de 01/10/2014 impreterivelmente.

3.2 - Para os contratos ativos em 30/09/14 os usuários terão atendimento, sem carência, dos benefícios previstos na modalidade do Plano de Saúde contratado. Para os novos contratos, reingressos de usuários e migração do Plano Ambulatorial para o Plano Completo cuja adesão/migração ocorrer a partir de 01/10/2014, deverão ser cumpridas as carências previstas na Lei 9.656/98.

3.3 - As despesas de seguro e demais encargos competem, exclusivamente, à Contratada.

4 – PREÇOS PARA EXECUÇÃO DO CONTRATO

Os preços para a execução do objeto do contrato com a UNIMED descrito na cláusula primeira, bem como para definição do contrato de adesão de servidores, são os arrolados abaixo, conforme apresentados no processo de Licitação.

PLANO COMPLETO

Item	Faixa Etária	Preço Unitário (R\$)
1	0 - 18 anos	125,35
2	19 - 23 anos	131,62
3	24 - 28 anos	144,16
4	29 - 33 anos	162,96
5	34 - 38 anos	188,04
6	39 - 43 anos	238,17
7	44 - 48 anos	313,38
8	49 - 53 anos	413,66
9	54 - 58 anos	545,29
10	59 anos ou mais	750,86

a) Valor da coparticipação por consulta no consultório: R\$ 50,00

b) Valor da coparticipação no Pronto Atendimento 24 horas: R\$ 25,00

c) Valor da coparticipação para exames: 30% tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM.

5 – CONTRIBUIÇÃO DO SERVIDOR E PAGAMENTO

5.1 - O **servidor** deverá **optar**, no ato de adesão do plano completo, pela **contribuição fixa** por usuário na modalidade Plano Individual Completo (PIC), cujos valores são os constantes na tabela acima - Plano Completo, de acordo com a faixa etária de cada usuário.

5.2 – As coparticipações de consulta em consultório, exames e Pronto Atendimento 24 horas serão pagas pelo usuário no ato do respectivo procedimento ou da respectiva autorização pela Operadora, exceto em casos de intercâmbio, nos quais a coparticipação será descontada da folha de pagamento do usuário titular do Plano no mês subsequente à apresentação da cobrança por parte UNIMED.

5.3 - Para as adesões realizadas até o dia 10 de cada mês, a contribuição será descontada no mesmo mês, e o segurado terá cobertura do plano de saúde a partir do mês seguinte ao do desconto da contribuição. Excepcionalmente no mês de setembro do ano de dois mil e catorze, em virtude do processo de transição de planos, a data limite para as adesões será 18/09/14.

5.4 - Para as adesões que ocorrerem após o dia 10 de cada mês, a contribuição será descontada no mês seguinte, e o segurado terá cobertura do plano de saúde a partir do mês subsequente ao do desconto da contribuição. Excepcionalmente no mês de setembro do ano de dois mil e catorze, em virtude do processo de transição de planos, a data limite para as adesões será 18/09/14.

5.5 – Para os contratos ativos em 30/09/14, os usuários terão atendimento, sem carência, dos benefícios previstos na modalidade do Plano de Saúde contratado. Para os novos contratos, reingressos de usuários e migração de Plano (Ambulatorial para o Completo ~~ou vice-versa~~) cuja adesão/migração ocorrer a partir de 01/10/2014 deverão ser cumpridas as carências previstas na Lei 9.656/98.

6– REAJUSTAMENTO DE PREÇOS

6.1 - Os valores dos serviços constantes na contratação que não caracterizarem mensalidade dos planos de saúde serão reajustados conforme a tabela da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) vigente e suas alterações.

6.2- A mensalidade do plano de saúde e os valores pré-estabelecidos em Reais (R\$) de coparticipação poderão ser reajustados anualmente, na data da prorrogação contratual, tendo como base o IPCA-IBGE acumulado dos últimos 12 (doze) meses, mediante requerimento fundamentado pela UNIMED.

6.3- Tendo em vista a previsão do art. 65, II, d, da Lei nº 8.666/93, fica ressalvada a possibilidade de reequilíbrio econômico-financeiro na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém, de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual. Para tanto, deverá ser encaminhado ao IPASSP-SM pedido de reequilíbrio econômico-financeiro devidamente fundamentado e justificado, acompanhado de documentação comprobatória, demonstrando de maneira clara e inequívoca o pedido, sendo admitida a adoção de índices específicos ou setoriais, cuja concessão dependerá de avaliação técnica, financeira e atuarial, conforme determina o art. 4º, § 2º, inciso IV, alínea “b” da Lei Complementar nº 101/00.

7 – DIREITOS E OBRIGAÇÕES

7.1 – São direitos do IPASSP-SM:

- a) Receber as adesões em formulários padrão devidamente preenchidos pelo servidor, os quais deverão conter as informações, assinaturas e rubricas obrigatórias e vir acompanhados pelos documentos legais exigidos no processo de adesão;
- b) Receber mensalmente, para fins de atualização de cadastro, as informações dos servidores, cujos dados impliquem em alteração no custo do segurado junto à operadora dos planos de saúde;
- c) Receber mensalmente, na data prevista para o repasse pelas Entidades vinculadas ao Fundo de Assistência à Saúde, as contribuições e coparticipações dos servidores descontadas em folha de pagamento, de acordo com a modalidade de plano de saúde contratado no ato da adesão;
- d) Ser avisado, imediatamente, pelo servidor titular do plano, de todo e qualquer ato, praticado por esse ou por outra pessoa, que venha a comprometer os serviços dos planos de saúde e/ou preço que o IPASSP-SM paga à operadora dos planos de saúde em razão de seu contrato de adesão.

7.2 - São direitos dos usuários:

- a) Escolher, no ato da contratação, a modalidade de plano de saúde e incluir os dependentes legais de acordo com a contribuição prevista na modalidade escolhida;
- b) Ter pleno acesso aos benefícios das coberturas previstas no plano de saúde contratado, através da apresentação da carteira de identificação ou outra forma autorizada pela operadora de planos de saúde;
- c) Ter acesso a todas as informações que regulam o funcionamento e o uso adequado dos serviços cobertos pelo plano de saúde contratado;
- d) Ser informado, com trinta (30) dias de antecedência, de revisões, alterações, atualizações ou reajustamento das contribuições do plano contratado.

7.3 – São obrigações do IPASSP-SM:

- a) Zelar pela execução do contrato firmado com a operadora de planos de saúde de modo a resguardar os direitos dos segurados no acesso e uso dos serviços dos planos de saúde;
- b) Representar, administrativa e judicialmente, os segurados sempre que os direitos contratuais destes forem, comprovadamente, negados ou prestados de forma parcial ou inadequada;
- c) Manter os usuários informados do regulamento dos planos de saúde quanto às regras de funcionamento para acesso aos benefícios e das atualizações legais que surgirem durante a execução do contrato.
- d) Rescindir, unilateralmente, o contrato de adesão do servidor, sempre que, comprovadamente, ocorrer qualquer tipo de irregularidade, causada pelo próprio servidor, seus dependentes legais e terceiros, infringindo regras que venham a comprometer o contrato firmado entre Instituto e a operadora de planos de saúde e/ou



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

Rua Venâncio Aires, 2035, sala 106, Centro, CEP 97010-005, Santa Maria - RS
Fone: 3286-2881, e-mail: administrativo@ipasspsm.net

comprometer os demais contratos de adesão.

7.4 – São obrigações do usuário:

7.4.1 – Comprovar o grau da dependência, anexando cópia de documentos e/ou por todos os meios de prova judicialmente admissíveis, conforme disposto a seguir:

- a) Esposo(a) – Certidão de casamento, RG e CPF;
- b) Companheiro (a) – RG, CPF e, no mínimo, três (03) documentos para comprovar o grau de dependência econômica: certidão de casamento no religioso; declaração do imposto de renda do servidor com registro do dependente; anotação constante na carteira profissional e/ou de trabalho e previdência social (CTPS) feita pelo órgão competente; declaração especial feita perante tabelião (translado); prova de mesmo domicílio; prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil; procuração ou fiança reciprocamente outorgada; conta bancária conjunta; registro em associação de qualquer natureza onde conste o dependente do servidor; anotação constante na ficha ou livro de registro de empregados; apólice de seguro em nome do dependente como instituidor de assistência médica, da qual conste o servidor como responsável; escritura de compra e venda de imóvel pelo servidor em nome do dependente; declaração de não emancipação do dependente menor de vinte e um anos; ou quaisquer outras que possam levar a convicção do fato a comprovar;
- c) Filho(a)- Certidão de nascimento, RG e CPF;
- d) Filhos inválidos de qualquer idade – RG, CPF e atestado médico, a partir do qual será agendada perícia médica junto ao IPASSP-SM para avaliação;
- e) Filhos menores de 24 anos universitários – RG (ou Certidão de Nascimento) , CPF e atestado de frequência (semestralmente) e declaração de dependência econômica do servidor.

7.4.2 – Zelar pelo uso adequado, por si e por seus dependentes legais, da carteira de identificação e/ou de outra forma autorizada para acesso aos benefícios dos planos de saúde, observando rigorosamente as cláusulas dos instrumentos contratuais.

7.4.3 – Indenizar toda e qualquer despesa que for, por comprovação do IPASSP-SM ou da UNIMED, gerada pelo uso indevido ou inadequado de seu próprio cartão de identificação ou o de seus dependentes legais, e cumprir as demais penalidades cabíveis pelo ato de infração;

7.4.4 – Solicitar exclusão de dependentes sempre que, por qualquer motivo, perderem a condição de segurados dos planos de saúde, passando o servidor a responder por toda e qualquer despesa gerada em nome desse segurado a partir da data do fato gerador da exclusão;

7.4.5 – Atualizar dados cadastrais e contratuais, bem como apresentar documentos legais exigidos nos contratos de adesão e/ou outros documentos necessários para resguardar direitos e deveres de usuários que forem solicitados pelo IPASSP-SM;

7.4.6 - Avisar, imediatamente, o IPASSP-SM sempre que constatar em seu contracheque a falta dos descontos relativos aos planos de saúde, e efetuar os recolhimentos dos valores em atraso e dos acréscimos legais cabíveis pela falta do aviso ou pela omissão de informações.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES
PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

Rua Venâncio Aires, 2035, sala 106, Centro, CEP 97010-005, Santa Maria - RS
Fone: 3286-2881, e-mail: administrativo@ipasspsm.net

7.4.7 - Responder pela veracidade das informações e da documentação apresentada ao IPASSP-SM, bem como pelas penalidades cabíveis no caso de falsidade daqueles ou outros prejuízos que venha a trazer em decorrência de sua adesão ao fundo de assistência a saúde.

8 –DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 - As coberturas garantidas pela Contratada, nos termos do contrato, não alcançam despesas junto a médicos não credenciados e pagamentos de serviços efetuados em entidades que não sejam credenciadas pela Contratada, ou que, mesmo credenciadas, estejam expressamente excluídas do contrato, quando os usuários tiverem a sua disposição todos os serviços do plano e, voluntariamente, contratarem outros profissionais ou serviços não previstos.

8.2 - A Contratada UNIMED, desde que devidamente normatizado, reserva-se o direito de adotar mecanismos de regulação do uso adequado às evidências médicas dos serviços previstos, os quais deverão ser previamente comunicados ao IPASSP-SM e a seus usuários.

8.3 - Todos os serviços aqui expressamente previstos como incluídos na cobertura, e em relação aos quais não haja ressalva expressa no contrato, serão fornecidos aos usuários contratuais, sem interferência administrativa da Contratada UNIMED, mediante a exibição da carteira de identificação acompanhada do documento de identidade.

8.4 - Fica expressamente vedada a cobrança de qualquer diferença adicional ao previsto neste no processo de contratação dos planos e no processo de adesão dos servidores e seus dependentes.

8.5 - As contas apresentadas pela Contratada UNIMED poderão ser glosadas pelos usuários em caso de estarem em desacordo com as especificações da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM vigente e com valores previstos no contrato.

9 – FUNDAMENTOS CONTRATUAIS

Este Contrato será regido pelas convenções aqui estabelecidas, pelas disposições contidas na Lei 8.666/93, Lei 10.520/2002 e alterações posteriores, bem como pelas condições do Edital de Concorrência nº 02/2014 - (Processo. nº049/2014), pelo Termo de Referência (anexo V e VI), e pela proposta da Contratada (no que não conflitar com os demais documentos desta contratação), que fazem parte integrante deste instrumento, independente de transcrição.