



### **3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.**

**OPERADORA: PB ASSISTENCIA MEDICA EU LTDA. – PLANO BRASIL SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o número 38.272.479/0001-98, com endereço na Rua das Hortênsias, nº 668, 6º andar, Pituba, Salvador/BA, CEP: 41.810-010, com registro na ANS sob o nº 42258-4, neste ato representado por seu procurador Paulo Brito Bittencourt, brasileiro, casado, empresário, portador do documento de identidade nº 0354215507 SSP/BA, inscrito no CPF/MF nº 457.702.205-20, residente e domiciliado na Rua João Bião de Cerqueira, 212 Edf. Rossini, Pituba, na cidade de Salvador – BA, CEP: 41.830-580, com endereço eletrônico paulo.bittencourt@planobrasilsaude.com.br.

**CONTRATANTE: INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH**, com sede na R. Dona Nequita c/ Dao Barbosa, s/n, Quadra 08, Lote 18 e 19 C-10, Jardim Ipiranga, Aparecida de Goiânia/GO, CEP: 74.968-121, inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0004-86, neste ato devidamente representada nos termos do seu contrato social, doravante denominada simplesmente "CONTRATANTE";

As partes acima qualificadas vem, de comum acordo e devidamente representadas, através deste instrumento, celebrar o presente termo aditivo ao Contrato celebrado em 01/02/2022 mediante cláusulas e condições a seguir ajustadas.

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA**

##### **DA ALTERAÇÃO**

1.1. Altera-se ao contrato em epígrafe **Cláusula Quarta**, e o 1º Termo Aditivo assinado em 02/02/2022, em sua **Cláusula Primeira**, item 1.1., para constar conforme disposição a seguir:

#### **CLÁUSULA QUARTA**

##### **DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**

4.1. São considerados beneficiários deste contrato:

a) Os empregados com vínculo celetista com a CONTRATANTE.

4.1.1. Para ser admitido como beneficiário, a OPERADORA não poderá exigir outros requisitos que não os necessários para ingressar como empregado na pessoa jurídica CONTRATANTE.

4.1.2. Entende-se por beneficiário, aquele que possui relação empregatícia, com vínculo celetista, junto à pessoa jurídica CONTRATANTE, nos termos do disposto no artigo 5º da Resolução Normativa nº 557/2022, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

*Santana*





**4.2.** A CONTRATANTE providenciará a inclusão no Plano de Saúde dos beneficiários a qualquer tempo, através do Formulário de Inscrição próprio da OPERADORA, a ser por ela fornecida sempre que necessário, contendo os dados pessoais dos beneficiários, cujo preenchimento é obrigatório.

**4.3.** Os formulários de Inscrição deverão ser preenchidos e assinados pelos beneficiários e entregues para a CONTRATANTE, e posteriormente à OPERADORA, juntamente com a seguinte documentação:

- a) Cópia do RG e CPF e comprovante de endereço;
- b) Outros documentos que vierem a ser solicitados a critério da OPERADORA;
- c) Comprovação do vínculo do beneficiário na ADERENTE.

**4.4.** A CONTRATANTE encaminhará todos os documentos mencionados nesta cláusula de forma digitalizada para a OPERADORA.

**4.5.** As alterações no quadro de beneficiários da CONTRATANTE, decorrentes de admissões ou demissões, serão comunicadas à OPERADORA pela CONTRATANTE.

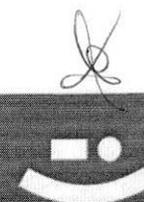
**4.6.** A movimentação cadastral, de inclusão e exclusão de beneficiários deverá ser realizada pela CONTRATANTE sendo que as exclusões serão processadas imediatamente após a comprovação da ciência da OPERADORA, na forma do disposto na Resolução Normativa RN 561/2022, e as inclusões no 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da solicitação de acordo com o cronograma desenvolvido pela OPERADORA, mediante o envio eletrônico do relatório de movimentação cadastral do mês, acompanhado dos formulários digitalizados e devidamente assinados pelo beneficiário com toda a documentação necessária.

**4.7.** A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à OPERADORA, quando esta solicitar, cópia dos documentos mencionados no item anterior e de outros documentos comprobatórios de seu quadro de pessoal, sempre que necessário.

**4.8.** Será excluído do presente Contrato, o beneficiário que apresentar qualquer uma das seguintes situações:

- a) Perda do vínculo empregatício com a CONTRATANTE;
- b) Nos casos de morte;
- c) Nos casos de fraude DEVIDAMENTE comprovada, com o intuito de omitir doença e lesão preexistente, se o caso, e/ou, por meio de apresentação de documentação falsa;
- d) Nos casos de rescisão do presente Contrato;
- e) Por solicitação unilateral do beneficiário, respeitado o disposto na Resolução Normativa RN 561/2022.

**4.9.** As exclusões dos beneficiários se operam automaticamente, independente de previa notificação ou anuência da CONTRATANTE ou do beneficiário, nos casos de:



- a) Fraude, após a apuração processual da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou, após a constatação/confirmação da apresentação de documento falso ou de conduta criminosa, que configurem fraude, tentativa de fraude ou dolo;
- b) Perda do vínculo jurídico com a CONTRATANTE;
- c) Nas hipóteses previstas no item “e” do subitem anterior.

**4.10.** Nos demais casos, a exclusão dependerá de solicitação escrita e expressa anuência da CONTRATANTE.

**4.11.** A OPERADORA poderá excluir o beneficiário em razão de fraude, após a constatação, juntamente com a CONTRATANTE, de que os beneficiários apresentaram documentos falsos. As demais fraudes dependerão do julgamento administrativo do processo por parte da ANS;

**4.12.** Na hipótese prevista no item “e” do subitem 4.8. supra, caso a CONTRATANTE não notifique a OPERADORA acerca da solicitação unilateral de exclusão do beneficiário do plano, em até 30 dias contados da sua formalização junto a CONTRATANTE, o beneficiário poderá solicitar a sua exclusão diretamente à OPERADORA através dos canais de comunicação por esta disponibilizados. Para tanto deverá apresentar a comprovação de que solicitou a sua exclusão junto à CONTRATANTE, na forma prevista na Resolução Normativa RN 561/2022.

**4.13.** Para a CONTRATANTE excluir qualquer beneficiário do plano deverá encaminhar à OPERADORA formulário específico com a informação acerca do motivo da exclusão.

**4.14.** Enquanto não apresentada a documentação e as informações de que trata o item 4.13. desta Cláusula, a exclusão não será efetivada e a CONTRATANTE continuará a efetuar os pagamentos das mensalidades referentes a tais beneficiários, EXCETO NA HIPÓTESE DE EXCLUSÃO POR SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, em que se aplicam as regras previstas na Resolução Normativa RN 561/2022.

**4.15.** Fica pactuado que, havendo a redução do número de beneficiários superior a 15% (quinze por cento), a OPERADORA poderá rescindir o presente Contrato, caso não seja possível o realinhamento do valor das MENSALIDADES.

**4.16.** As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário que perdeu essa qualidade, cuja exclusão não tenha sido comunicada à OPERADORA, nos termos do disposto no presente contrato, serão de integral responsabilidade da CONTRATANTE.

**1.2.** Altera-se ao contrato **Cláusula Sexta**, item **6.2.**, para constar conforme disposição a seguir:

**6.2.** Caso, quando do preenchimento da proposta de adesão ao presente Contrato, ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo pretendo beneficiário, em entrevista qualificada, ou seja constatada pela OPERADORA através de exames clínicos e/ou laboratoriais ou perícias que algum (ns) dos beneficiários a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão passíveis de procedimentos cirúrgicos,





internações em leitos de alta tecnologia e de realização de procedimentos de alta complexidade, o beneficiário deverá cumprir a cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, por meio de declaração expressa.

**1.3.** Altera-se ao contrato **Cláusula Sétima**, item **7.1., 7.4., 7.5., 7.8.**, para constar conforme disposição a seguir:

**7.1.** A OPERADORA entregará a CONTRATANTE, os formulários de Declaração de Saúde, para que os beneficiários possam preencher em seu nome e deverá ser entregue junto com os Formulários de Inscrição.

**7.4.** O beneficiário é obrigado a informar à OPERADORA, no ato da sua inclusão, quando solicitado, a condição sabida de lesão ou doença preexistente da qual seja portador, antes da assinatura do Contrato, sob pena de imputação de fraude sujeito à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.

**7.5.** É facultado à OPERADORA, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários da CONTRATANTE, quando da inclusão no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes, sempre respeitando o disposto no item 6.6 da cláusula anterior.

**7.8.** Caso seja identificado pela OPERADORA, que o beneficiário omitiu a informação na declaração de saúde sobre a existência de doença preexistente, deverá notificar esse fato ao beneficiário por escrito, sobre o referido comportamento.

**1.4.** Altera-se ao contrato **Cláusula Oitava**, para constar conforme disposição a seguir:

## **CLÁUSULA OITAVA**

### **DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**8.1.** Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial para casos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da Lei 9.656/98, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**8.2.** Os atendimentos a que se refere o subitem anterior estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o atendimento ambulatorial necessário, observado o atendimento durante o período de carência e de cobertura parcial temporária, nos seguintes termos:

- a) Os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, serão integralmente cobertos pelo presente contrato, após as 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário no plano.



- b) Os casos de complicações no processo gestacional, ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar, terão cobertura, em REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.
- c) Os casos de emergência, ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou durante a Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes, terão cobertura, em REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

**8.3.** Em havendo acordo de cobertura parcial temporária para doença e lesões preexistentes transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de utilização de leitos de alta tecnologia, realização de procedimentos de alta complexidade ou de eventos cirúrgicos, a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE, e/ou do BENEFICIÁRIO.

**8.4.** Nas hipóteses de atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional durante o período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de internação a responsabilidade financeira passará a ser da CONTRATANTE, e/ou do BENEFICIÁRIO, se não houver a transferência para o SUS.

**1.5.** Altera-se ao contrato **Cláusula Décima Segunda**, para constar conforme disposição a seguir:

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

### DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

**12.1.** Para terem direito as garantias de coberturas de que trata o presente instrumento, os beneficiários deverão observar os prazos de carências, conforme tabela abaixo:

PRAZOS DE CARÊNCIAS CONTRATUAIS					
ITENS	GRUPO	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	CARÊNCIA REDUZIDA - Para aproveitamento de carência de plano anterior com vigência entre 6 e 12 meses	CARÊNCIA REDUZIDA - Para aproveitamento de carência de plano anterior com vigência acima de 12 meses
A	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	URGÊNCIA - Garantia de cobertura para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do contrato, conforme art. 35 - C, II da Lei 9.656/98. EMERGÊNCIA - Detalhadas na Cláusula de Urgência e Emergência do contrato, em conformidade com a CÔNSU 13/98.	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
B	CONSULTAS ELETIVAS	CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAIS	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS



C	EXAMES SIMPLES	EXAMES SIMPLES: RX, ULTRASSOM SIMPLES (EXCETO PAC, ENDOSCÓPIA E COM DOPPLER), LABORATORIAIS (EXCETO HORMONAIS E IMUNOLOGICOS)	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS
D	EXAMES ESPECIAIS I	Exames Cardiológicos simples como: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma (exceto PAC); Exames Oftalmológicos simples como: Curva tensional, Tonometria, Campimetria, Mapeamento de retina (exceto PAC); Exames de Otorrino simples como: Audiometria e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); (exceto PAC); Exames de Raio-X Contrastado (exceto PAC); Sessões multidisciplinares (como psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia e nutricionista e terapia ocupacional); Mamografia e Densitometria Óssea.	90 DIAS	60 DIAS	30 DIAS
E	EXAMES ESPECIAIS II	DEMAIS PROCEDIMENTOS E EXAMES AMBULATORIAIS	180 DIAS	120 DIAS	90 DIAS
F	INTERNAMENTO	INTERNAMENTO	180 DIAS	120 DIAS	90 DIAS
G	PARTO	PARTO A TERMO OU CESAREO	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS
H	PRE EXISTENCIA	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTO CUSTO (PAC) E INTERNAMENTO NAS DOENCAS E LESOES QUE O BENEFICIÁRIO TENHA CONHECIMENTO NO ATO DA ADESAO	720 DIAS	720 DIAS	720 DIAS

**12.1.1.** As partes poderão pactuar a redução dos prazos de carência previstos no item 12.1. por meio de aditamento contratual.

**12.2.** O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data da inclusão do beneficiário no plano.

**12.3.** Não haverá a exigência dos prazos de carências se quando da inclusão do beneficiário no contrato houver número igual ou superior a 30 beneficiários, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação na CONTRATANTE.

**12.4.** Para as inclusões formalizadas fora do prazo previsto no subitem anterior, ou ainda que dentro do prazo, porém, com número total de beneficiários inferior a 30, os beneficiários deverão cumprir integralmente os prazos de carência previstos na presente Cláusula.

**12.5.** Para fins de aproveitamento de carência, serão exigidos os seguintes documentos:

- a) Cópia da carta de portabilidade de carência;
- b) Cópia da carteira de beneficiário;
- c) Comprovante dos três últimos pagamentos.





1.6. Altera-se ao contrato **Cláusula Décima Quarta**, para constar conforme disposição a seguir:

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**

##### **DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

14.1. A OPERADORA disponibilizará à CONTRATANTE, no ato da contratação do plano, para que esta informe os beneficiários, a forma de acesso ao **Cartão de Identificação Virtual**, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com outro documento oficial de identificação do beneficiário paciente com foto.

14.2. Eventual dificuldade de acesso ao Cartão de Identificação Virtual deve ser prontamente informada à OPERADORA, que providenciará a sua remessa, preferencialmente por e-mail, ou por qualquer outro meio eletrônico, ao beneficiário.

1.7. Altera-se ao contrato **Cláusula Décima Sétima**, item 17.4., para constar conforme disposição a seguir:

17.4. A CONTRATANTE é, isoladamente, responsável pelo pagamento da mensalidade dos beneficiários.

1.8. Altera-se ao contrato **Cláusula Vigésima**, para constar conforme disposição a seguir:

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA**

##### **DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA E DO APOSENTADO**

20.1. Aos beneficiários com vínculo empregatício com a CONTRATANTE, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da CONTRATANTE, por haverem adquirido direito a aposentadoria, e aos aposentados que continuaram a exercer suas funções na CONTRATANTE após a sua aposentadoria e dela vem a se desligar, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que:

- a) Assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade constante na tabela própria vigente a ser estabelecida em termo aditivo na data da adesão ao plano;
- b) Manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da aposentadoria ou do desligamento da contratante.

20.2. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

20.3. A obrigatoriedade de que trata o subitem anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo



familiar, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.

**20.4.** A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

- a) Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, como beneficiário, por prazo indeterminado.
- b) Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

**20.5.** O direito assegurado na presente Cláusula extingue na ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) Pelo decurso do prazo previsto no subitem anterior;
- b) Pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego;
- c) Pelo não pagamento das mensalidades;
- d) Pelo cancelamento do plano pela contratante, observadas as condições específicas do presente contrato;
- e) Pelo exercício da portabilidade de carências;
- f) Pelo cancelamento espontâneo do beneficiário do plano na forma do disposto na resolução normativa RN 561 de 2022.

**20.6.** O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-empregado não é passível de prorrogação, sendo certo que, se o ex-empregado não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.

**20.7.** Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-empregado deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa da OPERADORA, no prazo de 10 dias.

**20.8.** Para fins do disposto nesta cláusula, não é considerada contribuição, os valores relacionados a coparticipação ou franquia do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.

**20.10.** Os direitos previstos neste contrato, não excluem vantagens obtidas pelos beneficiários com vínculo empregatício decorrente de negociação coletiva de trabalho.

**20.11.** Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a OPERADORA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.





**20.12.** A garantia de que trata o item anterior estará condicionada a manutenção pela OPERADORA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

## CLÁUSULA SEGUNDA

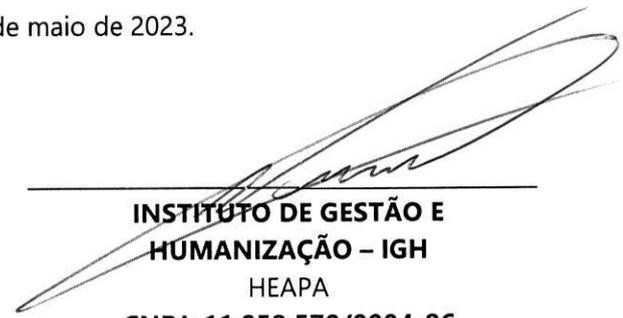
### DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições originalmente pactuadas que não colidam com o presente aditivo.

E, por estarem assim justas e contratadas as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma para o mesmo fim de se produzir seus jurídicos e legais efeitos.

Salvador – BA, 03 de maio de 2023.

  
PB ASSISTENCIA MÉDICA LTDA.  
PLANO BRASIL SAÚDE  
CNPJ: 38.272.479/0001-98

  
INSTITUTO DE GESTÃO E  
HUMANIZAÇÃO – IGH  
HEAPA  
CNPJ: 11.858.570/0004-86

VISTO JURÍDICO  
PLANO  
**Brasi**  
Saúde

  
Luisa Moura  
Advogada  
OAB/BA: 26.700  
IGH

