TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

CENTRO INTEGRADO DE ONCOLOGIA DE CURITIBA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J. sob número 07.734.165/0001-36, com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob o número 5227755 sede e foro na cidade de CURITIBA, estado de PARANÁ, à RUA DESEMBARGADOR VIEIRA CAVALCANTI, Nº 1152, Bairro MERCES, CEP: 80810-050, neste ato representado (a) por seu representante legal, doravante simplesmente denominado (a) **CONTRATADA**, e de outro lado,

AGEMED SAÚDE S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 02.933.220/0001-01, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 33960-**1**, com sede e foro na cidade de Joinville, Estado de Santa Catarina, na Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, nº 693, Bairro Bucarein, CEP 89202-450, doravante denominada **CONTRATANTE.**

As partes em decorrência do Contrato de Prestação de Serviços (o "**Contrato**"), firmado em 05 de janeiro de 2017, resolvem, de comum acordo, estabelecer o presente aditamento (o "**Termo Aditivo**"), a ser firmado com vigência a partir de 05 de janeiro de 2018, para acrescentar o que segue:

1 – DO OBJETO

1.1 O presente termo aditivo tem por objeto reajustar os valores, conforme especificado no Anexo I.

2 - DA CONTRATADA

2.1. O **CONTRATADO** compromete-se a prestar assistência aos beneficiários vinculados ao contrato, de acordo com o perfil assistencial, a(s) especialidade(s) e o regime de atendimento conforme já estipulado em contrato.

2.1.1. É facultado às partes analisar e negociar a inclusão e a exclusão de serviços/procedimentos durante a vigência do contrato.

2.2. O presente instrumento abrange as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Diretrizes de Utilização instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento. Os serviços ora pactuados visam a prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas pelos beneficiários da **CONTRATANTE**.

3 - DAS OBRIGAÇÕES

3.1. É vedada qualquer cobrança de despesas e honorários diretamente ao beneficiário da **CONTRATANTE**, bem como negligência de atendimento, referentes aos serviços contratados neste instrumento, sob pena de desconto dos valores ressarcidos ao beneficiário no próximo pagamento do **CONTRATADO**.

3.2. O agendamento das consultas, exames e quaisquer outros procedimentos e atendimentos deve ser feito de maneira a atender às necessidades dos beneficiários da **CONTRATANTE**, dentro do padrão e horário contratados, conforme determina a ANS no art. 3º da Resolução Normativa nº 259/2011 e suas atualizações, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

4 - DA CONFIDENCIALIDADE

4.1. As partes acordam que "Confidencialidade" refere-se *(i)* às informações relativas aos métodos e políticas de negócios, procedimentos e informações financeiras, pagamento, estratégias, técnicas, projetos, desenvolvimento e resultados de pesquisa, segredos comerciais, ou outros métodos ou processos de conhecimentos que são ou serão desenvolvidos pela **CONTRATANTE**; *(ii)* quaisquer informações acerca dos clientes ou compradores da **CONTRATANTE**, inclusive nomes e endereços, independentemente de se referirem ao passado, presente, ou futuro; e ainda, *(iii)* outras informações referentes aos acordos e transações inerentes aos negócios ou atividades da **CONTRATANTE**, que vierem ao conhecimento do **CONTRATADO** durante a execução dos serviços, não sendo estas informações de conhecimento do público, ou verificáveis por terceiros que possam obter lucros ou vantagens com o uso dessas informações.

4.2. O **CONTRATADO** não induzirá, nem aliciará, durante o Período de Prestação de Serviços, nenhum paciente ou representante da **CONTRATANTE** a rescindir seu contrato de trabalho, ou prejudicar, de qualquer forma, seu relacionamento com a **CONTRATANTE**.

5 - DO ATENDIMENTO

5.1. O atendimento de beneficiário excluído do plano de assistência à saúde, mas que esteja de posse da carteira personalizada de identificação expedida pela **CONTRATANTE**, dentro do período de validade, NÃO DEVERÁ ser realizado, considerando que há sistema WEB para consultas e autorizações prévias, sendo de exclusiva responsabilidade do **CONTRATADO** esse atendimento.

5.2. Caberá ao **CONTRATADO** solicitar previamente à **CONTRATANTE** senha de autorização, que será concedida por meio eletrônico, autorizador WEB ou na própria guia nos casos cabíveis, sob pena de glosa do pagamento das referidas despesas.

6 - DOS REAJUSTES

6.1. As partes estabelecem a negociação amigável para os próximos reajustes, modificando, por consequência toda cláusula 6ª do Contrato, conforme segue:

CLÁUSULA SEXTA

6.1 . Para manter o equilíbrio econômico e financeiro do contrato, as partes acordam que deverão, após o 12º (décimo segundo) mês de aniversário do contrato, em comum acordo, reajustar os valores de remuneração previstos no contrato, conforme negociação amigável.

CONFIDENTIAL

6.2 Caso as partes não cheguem em consenso quanto aos valores de reajuste a serem aplicados até a data em que contrato completar 12 (doze) meses, será aplicado o índice estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme RN nº 364/2014 e RN nº 391/2015, nos termos regulamentados pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, por meio da IN nº 63/2016.

6.3 Para os pacotes negociados, o índice de reajuste pactuado será aplicado exclusivamente para as taxas, materiais e medicamentos, excluindo-se honorários médicos, taxa de comercialização e OPMES inseridos nos pacotes.

6.4 O índice de reajuste definido pelas partes não se aplicará aos materiais e medicamentos, nutrição enteral e parenteral, bem como às órteses, próteses, materiais especiais (OPME) e à taxa de comercialização.

6.5 Para materiais e medicamentos negociados conforme tabela 00 da Operadora, o reajuste será aplicado conforme regras estabelecidas no item 6.1 e não se aplicará o reajuste para as OPMES negociadas em tabela 00.

7 - DA FORMA DE PAGAMENTO

7.1. O **CONTRATADO** remeterá obrigatoriamente à **CONTRATANTE** documentação fiscal hábil, nos formulários adequados, utilizando o sistema WEB da **CONTRATANTE**, enviando as cobranças no formato *Extensible Markup Language* (XML), correspondente aos serviços prestados, na forma da Resolução Normativa nº 295/2012 emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, sem o que não poderá ser processado o respectivo pagamento.

7.1.1. As glosas efetuadas em decorrência de falta de assinatura do(a) beneficiário(a), falta de preenchimento nos campos obrigatórios da guia TISS (ex: Guia de Honorários Médicos – campo nº 17), falta de senha de autorização para exames, falta de guia física e outras inconsistências, serão informadas por meio de extrato de pagamento que será disponibilizado ao **CONTRATADO** pela internet no site da **CONTRATANTE.**

7.1.2. A apresentação do recurso de glosa, desde que justificando a contestação por escrito (via postal) ou por e-mail para recursoglosa@agemed.com.br ou outra forma eleita pelas partes, deverá ser feita no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de pagamento. A **CONTRATANTE** terá o mesmo prazo de 60 (sessenta) dias para se manifestar quanto à procedência e/ou improcedência das glosas.

7.1.3. Assistindo razão ao **CONTRATADO** quanto à invalidação das glosas, a **CONTRATANTE** efetuará o pagamento referente aos valores acatados para os recursos apresentados num prazo de até 60 (sessenta) dias contados da manifestação quanto à procedência e/ou improcedência das glosas, mediante nota fiscal complementar solicitada pela **CONTRATANTE**.

7.1.4. Os recursos apresentados intempestivamente ou não justificados conforme previsto no item 7.1.2 não serão acatados, prevalecendo a glosa e não cabendo novo recurso.

7.1.5. Não caberão recursos de glosas técnicas efetuadas por meio de auditorias *in loco.*

7.2. O prazo máximo para entrega e cobrança das faturas é de 90 (noventa) dias, contados a partir das altas hospitalares ou da data de atendimento quando tratar-se de Pronto Atendimento. Esgotado esse prazo, os respectivos documentos não serão mais aceitos pela **CONTRATANTE**, de modo que as cobranças enviadas intempestivamente serão consideradas quitadas e devidamente arquivadas, ficando expressamente vedada a cobrança destes valores diretamente do beneficiário.

7.3. Em caso de mora, o **CONTRATADO** fará jus ao recebimento de seu crédito corrigido pelo INPC ou outro índice que venha a substituí-lo, acrescido de juros de 1% (um por cento) ao mês.

7.4. No que compete à cobrança dos pacotes de serviços ajustados entre as Partes, fica estabelecido que a **CONTRATANTE** fica limitada ao pagamento exclusivo do pacote, inexistindo qualquer cobrança adicional, independentemente da forma como o serviço vier a ser prestado em qualquer caso.

7.5. Não poderão ser objeto de cobrança quaisquer itens que não estejam previamente acordados no pacote, independentemente de intercorrências no momento da prestação dos serviços.

7.6. Fica convencionado entre as Partes que os honorários médicos podem ser objeto de cobrança separada, desde que não estejam previstos no pacote previamente negociado.

8 - DA DIVULGAÇÃO

8.1. O **CONTRATADO** deverá comunicar à **CONTRATANTE** qualquer alteração dos seus dados cadastrais, passando então, os dados alterados, a constar do registro do **CONTRATADO** nas relações de entidades credenciadas, emitidas pela **CONTRATANTE**

8.2. Qualquer insatisfação ou negociação relacionadas à prestação dos serviços, aos pagamentos e às condições previstas, deverão ser tratadas diretamente entre as partes, sem envolvimento dos beneficiários, respeitado o contrato e, em especial, as condições previstas na cláusula terceira do contrato principal.

9 - DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

9.1. O contrato principal tem prazo indeterminado, com início de vigência na data de sua assinatura, sendo facultada, tanto à **CONTRATANTE** quanto ao **CONTRATADO**, sua rescisão, desde que a outra parte seja notificada por escrito com antecedência de, no mínimo, 90 (noventa) dias, esclarecendo-se que esse recurso não quita eventuais débitos não saldados.

9.2. A rescisão motivada pelo **CONTRATADO** fica condicionada à garantia efetiva de atendimento integral dos beneficiários da **CONTRATANTE** em outra entidade hospitalar de mesmo porte e qualidade, bem como no mesmo município, na forma da Lei Federal nº 9.656/98.

9.3. É vedado ao **CONTRATADO** suspender atendimento aos beneficiários da **CONTRATANTE** sem que esta tenha formalizado o pedido de rescisão contratual de acordo

com a cláusula décima segunda, sob pena de multa rescisória nos termos pactuados na cláusula décima terceira.

10 - DA COBRANÇA DIRETA DE DESPESAS COBERTAS

10.1. Não será permitida a cobrança de valores adicionais diretamente aos beneficiários ou seus responsáveis cujos atendimentos sejam contratualmente assegurados e previamente autorizados.

11 - DO FORO

11.1. Fica eleito o foro da Comarca sede do **CONTRATADO**, onde serão prestados os serviços, para dirimir dúvidas, omissões e solucionar conflitos que porventura surjam no cumprimento deste instrumento ou do contrato principal, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Desta forma, por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, para um só efeito legal, na presença de duas testemunhas.

Joinville, 05 de janeiro de 2018

AGEMED SAÚDE S.A.
CONTRANTANTE

CENTRO INTEGRADO DE ONCOLOGIA DE CURITIBA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. _____
Nome:
CPF:

2. _____
Nome:
CPF:

ANEXO I

A) **Consulta Médica Código 10101012:** R$ 86,40 (oitenta e seis reais e quarenta centavos) - Plano Básico e Plano Especial. 82,44

B) **Consulta Ambulatorial por Nutricionista:** (Código Qualivida: 1017) Código – 50000560 (TUSS) R$ 46,35 (quarenta e seis reais e trinta e cinco centavos) por sessão. 43,77

C) **Honorários Médicos:** serão pagos apenas os Portes, de acordo com a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) 5ª Edição com acréscimo de 3% (três por cento) no porte. Conforme resolução Normativa ANS usar código Tabela TUSS – Tabela Unificada de Saúde Suplementar. 160,44

D) **SADT– Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia:** serão pagos de acordo com a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) 4ª Edição com redutor de 15% (quinze por cento) no Porte e redutor de 16% (dezesseis por cento) na UCO. Conforme resolução Normativa ANS usar código Tabela TUSS – Tabela Unificada de Saúde Suplementar.
-17% -27%

E) **Material/Medicamentos/Soluções/Oncológicos/Imunobiologicos:**

Medicamentos: serão pagos pela tabela BRASÍNDICE na condição de Preço de Fábrica acrescido de 13% (treze por cento). Para medicamentos não constantes na BRASINDICE, serão pagos pela tabela 00. 17% 15

Soluções: serão pagos pela tabela BRASINDICE na condição de Preço de Fábrica acrescido de 13% (treze por cento). 17% 15

Materiais: serão pagos pela tabela SIMPRO na condição de Preço de Fábrica acrescido de 13% (treze por cento). Para materiais não constantes na tabela SIMPRO, serão pagos pela tabela 00. BRASINDICE 15% 17%

Medicamentos Oncológicos, Imunobiológicos e de alto custo serão pagos pela tabelaBRASÍNDICE na condição de Preço de Fábrica acrescidos de 13% (treze por cento). Deverá ser solicitado o princípio ativo da medicação e deverá ser autorizado previamente pela operadora, serão pagos os medicamentos autorizados não havendo possibilidade de troca para o medicamento referencial. Será pago conforme miligramagem utilizada. 17% 15%

Medicamentos de uso restrito: serão pagos conforme tabela Brasíndice PF acrescido de 3% (três por cento). Antes só era PF

Na ausência de referência na SIMPRO ou na BRASÍNDICE, os materiais descartáveis, medicamentos e soluções serão pagos conforme tabela negociada entre as partes com código de identificação tipo tabela 00, que será passado ao prestador para efeitos de pagamento via arquivo XML.

F) Taxas:

Código TUSS	Taxa/diária	Unidade	Reajuste 2%
60000481	TAXA COMPACTA DE SALA DE SESSAO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA	USO	R$ 122,40
60023384	TAXA POR USOSESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	USO	R$ 30,60

120,00
30,00

Joinville, 05 de janeiro de 2018

AGEMED SAÚDE S/A
CONTRATANTE

CENTRO INTEGRADO DE ONCOLOGIA DE CURITIBA
CONTRATADA

Testemunhas:

1._____
Nome:
CPF:

2._____
Nome:
CPF: