



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ADMINISTRAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE NA
MODALIDADE PÓS-PAGAMENTO
COBERTURA DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, AMBULATORIAL E
OBSTÉTRICA - COLETIVO EMPRESARIAL**

Contrato N ° 5408

Contratante: CLARO S.A.

CONDIÇÃO PARTICULAR N ° 001

Em conformidade com a Política de Recursos Humanos do Contratante e, mediante solicitação deste à Operadora, fica acordado o que segue:

1. Torna-se sem efeito o item 2.3., da cláusula 2. Condições de Admissão do Contrato.
2. Torna-se sem efeito a alínea "a" do item 6.2. da cláusula 6 - Período de Carência, do contrato.
3. Fica alterado o item 13.1.1 da Cláusula 13 - Suspensão e Rescisão do Contrato, passando a vigorar conforme segue:

"13.1.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 30 (trinta) dias implicará, mediante comunicação, na suspensão das coberturas contratadas até a efetiva regularização do débito, sem que caiba restituição da parcela já paga, não isentando o Contratante do pagamento do valor devido que estiver em atraso".

4. Fica alterado a alínea "c" do item 13.2.1. da Cláusula 13 - Suspensão e Rescisão do Contrato passando a vigor conforme abaixo:

"c) O atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 30 (trinta) dias, desde que o Contratante tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da Contratada requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias";

5. Ficam alterados os itens 13.2.2 e 13.2.2.1 da Cláusula 13 - Suspensão e Rescisão do Contrato, conforme descritos abaixo:

"13.2.2. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes rescindi-lo, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas adiante:

a) quando motivada pelo cliente nas hipóteses previstas em contrato, sem qualquer ônus; ou

DS
ELZ

DS
VG

DS
WLS

DS
IREDM

 - 



b) imotivadamente, ou se motivada pelo cliente por qualquer das hipóteses previstas em contrato, condicionando o mesmo ao pagamento de multa pecuniária equivalente as 3 (três) últimas notas fiscais referentes a taxa de administração do plano de saúde”.

“13.2.2.1. Após a vigência do período de 12 (doze) meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 90 (noventa) dias de antecedência, sem ônus, exceto na hipótese prevista na alínea “a” do subitem 13.2.1, que dispensa a Contratada de comunicar a rescisão com antecedência”.

6. Ficam alterados os subitens 13.3.1., 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4 e a alínea “b” do subitem 13.3.5 da Cláusula 13 – Suspensão e Rescisão do Contrato, passando a vigorar, conforme abaixo:

“13.3.1. Encerrado o contrato, as partes resolvem que terá início o período de “run-off”, durante o qual a operadora realizará somente as atividades de regulação e liquidação de custos relacionados tão somente à utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários anteriormente a data do encerramento, já que os serviços de saúde serão interrompidos a partir desta data.

“13.3.2. O período de “run-off” se inicia a partir do primeiro dia subsequente a data de rescisão, e tem por objetivo liquidar as pendências ainda existentes em relação à utilização dos planos de saúde e de seus benefícios até a data de rescisão, inclusive as relativas ao ressarcimento ao SUS. O encerramento deste período está vinculado à apresentação do último sinistro a ser liquidado

“13.3.3. Em qualquer hipótese de rescisão do contrato, por qualquer motivo, o cliente pagará à operadora, a título de taxa de administração, o valor de 10% (dez por cento) sobre o valor dos repasses das despesas assistenciais a serem pagas à rede credenciada ou de reembolsos aos beneficiários, que ocorrerem neste período de liquidação de sinistro.. ”

“13.3.4. Em qualquer hipótese de rescisão do contrato, o cliente obriga-se a recolher, até a data da rescisão, os cartões de identificação vigentes para os respectivos beneficiários e proceder à sua devolução à operadora

“13.3.5.....

b) As despesas administrativas extraordinárias, inclusive os custos com serviços advocatícios nas demandas judiciais ou extrajudiciais que tenham relação com as decisões do contratante tais como exclusão dos beneficiários do plano de saúde; critérios de elegibilidade adotados pelo contratante; prazo para admissão do beneficiário ao plano de saúde; questões relacionadas às coberturas assistenciais - bem como todos os demais valores desembolsados pela operadora, em favor de beneficiários ou de terceiros, em razão de tais demandas durante o período de vigência do presente contrato”.

7. Torna-se sem efeito o item 15.1. da Cláusula 15. Custeio do Plano.

8. Fica alterado o item 15.2.8.2.2., da Cláusula 15 – Custeio do plano, do contrato, passando a vigorar o disposto abaixo:

DS
ELZ

DS
V6

DS
WLS

DS
IREDM

f.



"15.2.8.2.2. Os valores a serem pagos mensalmente pelos beneficiários incluídos neste contrato serão reajustados anualmente, no aniversário do contrato, e o reajuste por faixa etária não será aplicado. O índice de correção será obtido ao se comparar o custo médico-hospitalar dos beneficiários incluídos neste contrato em um período de 12 (doze) meses anteriores, respeitadas as diferenças entre os planos 04 contratados, e sendo mantida a obrigatoriedade de assunção do pagamento integral para fazer jus ao benefício, conforme metodologia de cálculo a seguir:

Metodologia do índice do reajuste:

$$IC = \frac{\text{Custo médico-hospitalar de ativos e inativos no período 2}}{\text{Custo médico-hospitalar de ativos e inativos no período 1}}$$

CMH: Custo Médico-Hospitalar é o total das despesas assistenciais de determinado período, que é dividida pelo total de beneficiários que não estão sujeitos ao cumprimento de carência.

DA: Despesas Assistenciais: despesas com eventos assistenciais cobertos pelo plano contratado, como internações, exames, terapias, consultas e outros, com ativos e inativos.

Períodos 1 e 2: são períodos de 12 meses consecutivos, considerados para comparar o custo médico-hospitalar dos beneficiários ativos e inativos do contrato."

9. Torna-se sem efeito o item 15.2.9. da Cláusula 15 - Custeio do Plano do contrato, do contrato.

10. Fica alterado a alínea "a" e tornam-se sem efeito as alíneas "b", "c", "d", "e", "f" e "g", no item 20.3.1., da Cláusula 20 – Definições, do Contrato:

"a) Contrato exclusivo para aposentados da política interna de benefício da autogestão da Embratel".

11. Fica incluído o subitem 20.3.3., na Cláusula 20 – Definições, do Contrato, passando a vigorar o disposto abaixo:

"20.3.3. O presente contrato é exclusivo para aposentados da política interna de benefícios da autogestão da Fundação Embratel de Seguridade Social – TELOS que aderiram ao Plano de Benefício definido – PBD no plano AMAP."

12. Implantação de coparticipação financeira dos beneficiários na(s) classe(s) de procedimento(s) definido(s) abaixo, conforme previsto no item 20.10, da Cláusula 20 – Definições, exceto para o plano NP10:

- **Consulta:** 10% do valor do evento com limitação de R\$100,00 (Cem Reais) mensais por grupo familiar, independente da classe de procedimentos.

- **Exame Simples:** 10% do valor do evento com limitação de R\$ 100,00 (Cem Reais) mensais por grupo familiar, independente da classe de procedimentos.



12.1. A importância relativa à coparticipação dos beneficiários será revertida para o Contratante, sob a forma de receita.

13. Não será permitido *Up-Grade*.

14. Esta apólice contempla *Downgrade*, desde que não esteja ocorrendo internação hospitalar, de qualquer dos participantes do mesmo grupo familiar.

15. Os custos referentes às Despesas Assistenciais, a ser pago pelo contratante, terá como base o dia 20 do mês subsequente para as Despesas Assistenciais do período do dia 1º ao 31º. As taxas de administração serão cobradas em boleto separado, e na data da sua emissão será considerado o resultado obtido pela Taxa de Administração, multiplicada pelo número de beneficiários ativos, considerando aqueles incluídos em data menor ou igual à do mês de sua competência, ou o montante obtido pela multiplicação da Taxa de Administração, quando fixada em percentual, pelas despesas com sinistros;

15.1. As despesas com sinistros serão convertidas em FAJ-TR na data dos respectivos pagamentos.

16. Por ocasião da implantação do Contrato e quando necessária à emissão de nova via do cartão de identificação, independente do motivo, o contratante arcará com o pagamento das seguintes taxas:

- ⇒ Taxa de implantação: R\$ R\$ 7,50 (sete Reais e Cinquenta Centavos) por beneficiário;
- ⇒ Taxa de emissão de 2ª via de Cartão de Identificação Bradesco Saúde: R\$ 5,00 (cinco reais);

16.1. Os valores serão cobrados na fatura do mês subsequente ao pedido de 2ª via de cartão e/ou de inclusão de novo beneficiário.

16.2. As taxas serão reajustadas anualmente, no mês de aniversário da Contratante, com base na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE), acumulada no período de 12 (doze) meses, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao mês de aniversário.

17. A implantação e manutenção deste contrato está condicionada à permanência das demais apólices do grupo CLARO: 74172, 70021 e 6076, na Bradesco Saúde S.A. - Seguradora. Caso ocorra o cancelamento ou a redução do número de vidas a menos de 70% (setenta por cento) do total que integra os 4 contratos, a Bradesco Saúde se reserva ao direito de rever o atual contrato ou até mesmo fazer o seu cancelamento.

18. Tributos e encargos sociais devidos sobre o montante das taxas praticadas no contrato, tais como taxa de administração, taxa de segunda via, implantação entre outras e que já estão consideradas nos valores apresentados.

Tributos incidentes: CSLL: 1%, COFINS: 3%, IR: 1,5%, ISS: 2% e INSS 20%

DS
EJE

DS
V6

DS
INSS

DS
IPCA

Handwritten signature and circular stamp: JURIDICA V6 TR MATRIZ



Encargo social: PIS: 0,65%

O INSS incide sobre pagamentos de Autônomos e Cooperativas, nos termos do inciso III, do artigo 22, da Lei 8.212/91. A cobrança deste tributo está suspensa em razão de decisão liminar proferida em Mandado de Segurança impetrado pela Bradesco Saúde Operadora.

Caso a decisão seja revista, caberá a Contratante a devolução do montante relativo ao tributo que deixaremos de recolher, que corresponde a 20% de todos os sinistros cobrados pela Bradesco Saúde Operadora e pagos pela Contratada”.

19. Podem continuar neste contrato todos os beneficiários titulares e dependentes até então inscritos no Plano de Saúde contratado pelo cliente antes da data início de vigência deste grupo no contrato, desde que não haja conflito com as regras de elegibilidade constantes do art. 5º da Resolução Normativa - RN nº 195, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, alterada pelas RN nº 200 e 204.

20. A ANS cobrará da Bradesco Saúde Operadora de Planos os valores referentes às taxas de registro de produto e a Taxa de Saúde Suplementar (TSS), conforme previsto na resolução Normativa RN nº 89, da ANS. Os valores e a periodicidade dessa cobrança estão definidos na legislação vigente e serão repassados à CLARO S.A.

21. Caso os beneficiários apresentem variação em relação a quantidade de vidas e/ou elegibilidade previstas para esta proposta, a Bradesco Saúde Operadora de Planos de Saúde S.A. se reserva o direito de rever as condições apresentadas ou até mesmo recusar o contrato.

Todas as demais cláusulas não abrangidas por esta condição continuam em pleno vigor.

Barueri, 01 de junho de 2020.

Manoel Antonio Peres
Diretor-Presidente
Bradesco Saúde Operadora de Planos
de Saúde S.A.

Flávio Bitter
Diretor Gerente
Bradesco Saúde Operadora de Planos de
Saúde S.A.

DocuSigned by:
Washington Luiz Gonzaga Silva
241EA8918BDC4A0... 5/7/2021 | 09:01:37 BRT

DocuSigned by:
IVAN DA MATA
51377866842449B... 5/7/2021 | 10:57:39 BRT

ASSINATURA DO CONTRATANTE SOB CARIMBO

DocuSigned by:
EMERSON CARLOS ZAMBOLI
B9B480D40FEC4E2... 2/7/2021 | 14:31:30 BRT

DocuSigned by:
Vanessa Galvão
B7F633522A72419... 2/7/2021 | 15:18:59 BRT

ALRM