



TERMO DE ACORDO Nº 009 /2014

**TERMO DE ACORDO. SEM ÔNUS, QUE ASSINAM
O ESTADO DA PARAÍBA E A ALIANÇA
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE
S/A.**

O ESTADO DA PARAÍBA, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**, pessoa jurídica de direito público, CNPJ nº 08.761.140/0001-94, com sede na Avenida João da Mata S/N Bloco 03 - Centro Administrativo, Bairro Jaguaribe, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, representado pela Senhora **LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS**, residente e domiciliada em João Pessoa - PB, portadora da Carteira de Identidade nº 1.241.525 - SSP-PB e inscrita no CPF nº 602.413.064-34, nomeada pelo Ato Governamental 3.654 de 28 de junho de 2.011, publicada no Diário Oficial do Estado da Paraíba nº 14.677 na página 07 do dia 29 de junho de 2011.

ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.407.581/0001-92, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Nº 41.677-1, como administradora de benefícios, com sede na Rua Dr. João Teixeira, nº 522, sala 4, 1º andar, Centro, CEP: 72.800-440, Luziânia, Goiás, e filial em Brasília, Distrito Federal, localizada no SCN Quadra 05, Lote A, sala 418 - parte C, Torre Norte, Edifício Centro Empresarial Brasília Shopping, CEP 70.715-900, neste acordo denominada **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA**, neste ato representada por seus representantes legais Sr. Edgar Acosta Diaz, portador do RG nº 1.275.817 - SSP/DF, residente e domiciliado em Brasília - DF, e do CPF nº 540.203.107-00 e Sr. Wilson Nunes Vieira, portador do RG nº 1.398.699 - SSP/DF e do CPF nº 484.450.961-68, residente e domiciliado em Brasília - DF e tem, entre si justo e convencionado o que segue:

CONSIDERANDO o interesse do **ESTADO DA PARAÍBA** em efetivar parcerias necessárias para a implementação das políticas de atenção à saúde dos



Beneficiários de que trata a Cláusula Terceira deste Termo de Acordo, mediante disponibilização de planos privados de assistência à saúde;

CONSIDERANDO que a **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA.** está registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Nº 41.677-1, como administradora de benefícios e que está autorizada, nos termos da Resolução Normativa nº 196/2009-ANS, a estipular planos privados coletivos assumindo o risco financeiro da operação, mediante vinculação de ativos garantidores; e

CONSIDERANDO, ainda, que a celebração de Termos de Acordos, sem ônus, tem fundamento legal no art. 116, da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993.

Resolvem assinar o presente Termo de Acordo com as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente Termo de Acordo tem por objeto formular, executar e avaliar ações, sem ônus financeiro para o **ESTADO DA PARAÍBA**, voltadas para a prestação de assistência à saúde suplementar, compreendendo assistência médica, ambulatorial, hospitalar e odontológica, para os Beneficiários de que trata a Cláusula Terceira deste Termo de Acordo, mediante disponibilização de planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo Único - Para o alcance do objeto pactuado, os partícipes obrigam-se a cumprir o Plano de Trabalho que passa fazer parte integrante deste Termo de Acordo, independente de transcrição.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES

Para a consecução do objeto descrito na Cláusula Primeira, as partes se propõem a:

2.1 Por parte do Estado da Paraíba, sem ônus financeiro para a Administração Pública:

a) Divulgar o presente Termo de Acordo junto aos servidores, utilizando os meios de comunicação e divulgação disponibilizados pela **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA.**;



b) Disponibilizar à **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA.** informações cadastrais dos beneficiários que possam viabilizar a divulgação e a oferta dos planos privados de assistência à saúde aos Beneficiários;

c) Permitir à **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA.** a divulgação dos Planos de Assistência à Saúde junto aos beneficiários de que trata a Cláusula terceira do presente Termo de Acordo, pela internet e mala direta, e, quando necessário, por outros canais de divulgação, previamente autorizados por esse órgão, sendo que estas despesas são de responsabilidade exclusiva da **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA.**;

d) Permitir aos profissionais da **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA** o acesso às dependências dos órgãos estaduais, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos servidores os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do presente **TERMO DE ACORDO.**

2.2 Por parte da **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA:**

a) Disponibilizar planos privados de assistência à saúde, compreendendo assistência médica, ambulatorial e hospitalar de operadoras devidamente registradas na ANS, que atendam as coberturas mínimas estabelecidas na Lei nº9.656, de 03 de junho de 1998, e as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

b) Atuar, na condição de estipulante, para:

b.1) Assumir o risco financeiro da operação junto às operadoras;

b.2) Efetuar a cobrança direta das mensalidades dos planos devidos pelos beneficiários, por conta e ordem dos mesmos, bem como efetivar o pagamento da fatura às operadoras prestadoras de serviços de assistência à saúde suplementar;

b.3) Negociar, defendendo os interesses dos Beneficiários, junto às operadoras contratadas pela **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, assuntos relacionados com a administração dos planos de saúde estipulados, especialmente no que se refere a: reajuste das mensalidades dos planos; aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pela operadoras dos planos privados empresariais;

c) Responsabilizar-se pela execução de todas as ações especificadas no Plano de Trabalho, instrumento este integrante do presente Termo de Acordo, bem como acompanhar os serviços prestados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.



CLAUSULA TERCEIRA – DOS BENEFICIÁRIOS

3.1 Serão considerados beneficiários do programa de saúde suplementar, de decorrente da assinatura do presente Termo de Acordo:

a) Na qualidade de titular: os servidores ativos e inativos, os comissionados, os detentores de mandatos eletivos, e os de contrato temporários, dos órgãos da administração direta, indireta, autárquica e fundacional do Estado da Paraíba.

3.2 Na qualidade de dependente do titular:

a) cônjuge e o(a) companheiro(a), desde que comprovada união estável como entidade familiar;

b) filhos e enteados, solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos de idade;

c) filhos e enteados, maiores de 21 (vinte e um) anos, enquanto durar a invalidez, e;

d) filhos e enteados maiores de 21 (vinte e um) anos e menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade, solteiros, que estejam realizando curso de graduação em nível superior reconhecido pelo Ministério da Educação; e

3.3 Caso algum dependente não conste no assentamento funcional do titular, este deverá regularizar a situação junto à área de recursos humanos do órgão a que estiver vinculado.

3.4 A adesão dos beneficiário é voluntária e facultativa, sendo de responsabilidade exclusiva dos servidores os compromissos de pagamento assumidos em decorrência da formalização de sua adesão e de seus dependentes ao plano de saúde escolhido.

3.5 A cobrança das mensalidades no plano de assistência à saúde será realizada mediante os meios de pagamento disponibilizados pela ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, na forma de pré-pagamento, na forma indicada na Proposta de Adesão firmado pelo Beneficiário Titular.

CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA

4.1 O presente **TERMO DE ACORDO** vigorará a partir da data da sua assinatura por um período de 12 (doze) meses, podendo vir a ser prorrogado por períodos sucessivos atendendo ao limite máximo previsto na legislação de regência de 60 (sessenta) meses, quando, então, necessária se fará à confecção de outro **TERMO DE ACORDO**.



4.2 Os aditivos ao presente **TERMO DE ACORDO** não poderão alterar a natureza do objeto do mesmo.

CLÁUSULA QUINTA - RESCISÃO

5.1 – Este **TERMO DE ACORDO** poderá vir a ser rescindido de pleno direito, à qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda sobrevivendo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

5.2 Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS

6.1. Não haverá desembolso de recursos orçamentários e financeiros pelo **GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA** para a execução deste Termo de Acordo, bem como não existirá nenhuma obrigação de caráter financeiro para o **ESTADO DA PARAÍBA** decorrente da adesão de seus beneficiários descritos neste Termo de Acordo aos planos de assistência à saúde estipulados **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA.**

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

7.1 O presente **TERMO DE ACORDO** será publicado, por extrato no Diário Oficial da Paraíba, a expensas do órgão até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 O presente **TERMO DE ACORDO** é aceito pelo **ESTADO DA PARAÍBA** em caráter de não exclusividade, sendo dispensado o procedimento licitatório em função de inviabilidade de competição ante a ausência de desembolso de recursos públicos.

8.2 O **ESTADO DA PARAÍBA** poderá celebrar acordos com outras operadoras administradoras, desde que registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e as mesmas atendam aos requisitos especificados no presente ajuste.



CLÁUSULA NONA – DO FORO

Os signatários elegem o foro de João Pessoa - PB como único foro competente para dirimir as questões e dúvidas porventura oriundas do presente **TERMO DE ACORDO**, que não possam ser dirimidas administrativamente.

E por estarem justos e acordados, firmam os signatários em 3 (três) vias de igual teor e forma na presença de 2 (duas) testemunhas.

João Pessoa - PB, 11 DE DEZEMBRO de 2014.

Secretaria de Estado da Administração
LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS – SECRETÁRIA DE ESTADO

**ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA.
EDGAR ACOSTA DIAZ - DIRETOR**

**ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE SA.
WILSON NUNES VIEIRA - DIRETOR**

1 – TESTEMUNHA

2 - TESTEMUNHA