



TERMO DE ACORDO N° 001/2017

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

ESTADO DA PARAÍBA, com sede na Avenida João da Mata S/N Bloco 3 – Centro Administrativo, Bairro Jaguaribe, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, representado pelo Senhora **LIVANIA MARIA DA SILVA FARIAS** portador(a) da Carteira de Identidade 1.241.525 – SSP-PB e CPF 602.413.064-34, nomeada pelo Ato Governamental 3.654 de 28 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial do Estado da Paraíba nº14.677 na página 07 do dia 29 de junho de 2011.

ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE S.A., com sede na Luziânia, Estado de Goiás, na Rua Dr. João Teixeira, nº 522, sala 04, Centro, CEP 72800-440, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.407.581/0001-92, com registro nº 41677-1, na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, neste ato representada na forma de seu Contrato Social pelos seus diretores, Sr. **EDGAR ACOSTA DIAZ**, brasileiro, casado, administrador de empresas, portador da CI Nº 1.275.817-SSP/DF e inscrito no CPF/MF sob nº 540.203.107-00, e Sr. **WILSON NUNES VIEIRA**, brasileiro, solteiro, economista, portador da CI Nº 1.398.699-SSP/DF e inscrito no CPF/MF sob nº 484.450.961-68 denominada **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**.

CONSIDERANDO o interesse do **GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA** em efetivar parcerias necessárias para a implementação das políticas de atenção à saúde dos servidores e 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** está registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 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;



CONSIDERANDO, ainda, que a celebração de Termos de Acordos, sem ônus, encontra fundamento no art. 116, da Lei nº 8.666/93.

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 a 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 – DAS OBRIGAÇÕES

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

Por parte do **ESTADO DA PARAÍBA**, sem ônus financeiro para a administração:

- a) Divulgar o presente Acordo junto aos servidores, utilizando os meios de comunicação e divulgação disponibilizados pela **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**;
- b) Disponibilizar à **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** 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** a divulgação dos Planos Privados de Assistência Médica e Hospitalar junto aos Beneficiários de que trata o objeto do presente **ACORDO**, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, Internet e outros meios de divulgação, previamente autorizados pelo **ESTADO DA PARAÍBA**, sendo que estas despesas serão de responsabilidade exclusiva da **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**.



d) Permitir aos profissionais da **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** 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**.

Por parte da **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**:

- 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 nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- b) Atuar, na condição de estipulante, para:
- c) Assumir o risco financeiro da operação junto às operadoras;
- d) Efetuar a cobrança direta das mensalidades dos planos devidas pelos beneficiários, por conta e ordem dos mesmos, bem como efetivar o pagamento da fatura às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde suplementar;
- e) 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.
- f) 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.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS BENEFICIÁRIOS

Subcláusula primeira – Serão considerados beneficiários do programa de saúde suplementar, decorrente da assinatura do presente **TERMO DE ACORDO**.

I - 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, autárquica e fundacional do Estado da Paraíba.



II - Na qualidade de dependente do titular:

- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) o companheiro ou companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e

III – 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.

IV – A adesão dos beneficiários 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.

CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA

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 de **60** (sessenta) meses, podendo ser rescindido pelo **GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA** a qualquer tempo, desde que comunicada com antecedência prévia de **90** (noventa) dias, na forma prevista na Cláusula Quinta do presente **ACORDO**.

Subcláusula única – Os aditivos ao presente Acordo não poderão alterar a natureza do objeto mesmo.

CLÁUSULA QUINTA – RESCISÃO

Subcláusula primeira – Este Acordo poderá vir a ser rescindido de pleno direito, a 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, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a



motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

Subcláusula segunda – 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

Não haverá desembolso de recursos orçamentários e financeiros pelo **GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA** para a execução deste 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 saúde estipulados pela **ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

O presente **TERMO DE ACORDO** será publicado, por extrato, no Diário Oficial da Paraíba, às 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 – DA CONVALIDAÇÃO

Ficam convalidadas, pelo presente Termo de Acordo, as adesões aos planos coletivos empresariais efetuadas pelos servidores vinculados ao Governo do Estado da Paraíba em decorrência do Termo de Acordo 009/2014, firmado com a Aliança Administradora em 11/12/2014, inclusive as adesões realizadas desde 12/12/2015 até a assinatura do presente instrumento.

CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Subcláusula primeira - O presente Acordo é aceito pela **ESTADO DA PARAÍBA** em caráter de não exclusividade, sendo dispensado o procedimento licitatório em função de não existir desembolso de recursos públicos.



Subcláusula segunda – 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 DÉCIMA - 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 **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, 12 de junho de 2017.

Secretaria de Estado da Administração

LIVANIA MARIA DA SILVA FARIAS – SECRETÁRIA DE ESTADO

ALIANÇA ADMISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE S.A.

EDGAR ACOSTA DIAZ – DIRETOR

ALIANÇA ADMISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE S.A.

WILSON NUNES VIEIRA – DIRETOR

WILSON DE OLIVEIRA BEZERRA
1 – TESTEMUNHA RG: 989.508.555/PB
CPF: 392.724.1011-15

2 – TESTEMUNHA