



Aracaju/SE, 19 de abril de 2022

PRESTADOR: HOSPITAL AMPARO DE MARIA
CNPJ: 13.258.637/0001-24

Prezado (a)

Conforme acordado anteriormente, estamos enviando, os seguintes documentos:

- **CONTRATO E ANEXO – VIGÊNCIA: 01/04/2022**

ASSINADO PELA DIREÇÃO PLAMED

VIA DO PRESTADOR

Certos de contar com a atenção que sempre nos foi dispensada apresentamos os nossos cordiais saudações

PLAMED - Plano de Assistência Médica Ltda

Karina Nascimento Lima
Coordenadora do Credenciamento

Karina Nascimento Lima Pereira
Coordenadora Credenciamento
PLAMED ASSISTÊNCIA MÉDICA

(79) 4009-3103 / e-mail: credenciamento@plamed.com.br

Recebido por: _____ Data: ____ / ____ / ____

*Por favor, nome por extenso



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE ENTRE SI CELEBRAM A PLAMED-PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA E HOSPITAL AMPARO DE MARIA / ASSOCIAÇÃO BENEFICÊNCIA AMPARO DE MARIA

Pelo presente instrumento, de um lado a **PLAMED – PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº **15.594.468/0004-71**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o n.º **34346-3**, sediada à **Av. Francisco Porto, nº686, Bairro: Salgado Filho, na Cidade de Aracaju, Estado de Sergipe, CEP: 49.020-570 – Telefone para Contato: (79) 4009-3100**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato, devidamente representada, por **Luiz Antônio Mitidieri** com CPF:111.702.805-44 e RG: 137.027-8 SSP/SE, e, de outro lado **Hospital Amparo De Maria / Associação Beneficência Amparo De Maria** com CNPJ: 13.258.637/0001-24, **Endereço Empresarial: Rua: Dr Jessé Fontes, Nº197, Bairro: Centro, na Cidade de Estância, Estado de Sergipe, CEP: 49.200-000**, doravante denominado (a) **CONTRATADO (A)**, neste ato, devidamente representado, por **Max de Carvalho Amaral** com CPF: **018.773.275-22**, local de atendimento registrado (a) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – **CNES nº 2423529** instituído pela Portaria MS/MAS 376 de 17/01/2008 e normatizada pela Portaria SAS 511/2000, sob o 71010.003044/2003-71 e tendo em vista o disposto no Código Civil bem como nas normas gerais emanadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e em especial o que dispõe a Resolução Normativa da ANS nº 42 de 04 de Julho de 2003 resolvem firmar o presente Contrato de Prestação de Serviços, mediante as seguintes cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO

O objeto do presente contrato é a prestação de serviços de assistência à saúde, na Categoria **CARDIOLOGIA**, em regime de atendimento de **AMBULATORIAL**, pelo(a) **CONTRATADO(A)**, localizado em **ESTÂNCIA/SERGIPE** aos beneficiários da **CONTRATANTE**, conforme o disposto nas cláusulas seguintes e com o discriminado **Anexo 1**, parte integrante deste instrumento.

Parágrafo Único: A inclusão de novos serviços exigirá, Termo de Aditivo ao presente contrato, onde deverá ser especificado, serviço e/ou procedimento, valores, tabelas que regem a prestação e pagamento dos mesmos.

CLÁUSULA SEGUNDA: DO LOCAL DE ATENDIMENTO

O (A) **CONTRATADO (A)** atenderá ao(s) beneficiário(s) e dependente(s) da **CONTRATANTE**, nas suas próprias instalações

Parágrafo Único: O (A) **CONTRATADO (A)** se obriga, ainda, dentro dos limites dos planos de saúde celebrados, ao atendimento do(s) beneficiário(s) e dependente(s) da **CONTRATANTE**, em caso de comprovada necessidade, nos hospitais, clínicas e entidades similares credenciadas pela mesma.

CLÁUSULA TERCEIRA: DO PREÇO

A **CONTRATANTE** pagará, mensalmente, ao (a) **CONTRATADO (A)** pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme pactuado entre as partes e constantes no **Anexo 2**.

CLÁUSULA QUARTA – DA REVISÃO DO PREÇO.

Os valores estabelecidos dos procedimentos constantes **Anexo 2** serão revistos anualmente, e poderão ser reajustados por livre negociação entre as partes, garantindo-se o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. A não devolução dos documentos comprobatórios: Contrato, Anexo e Aditivo, devidamente assinado, pelo **CONTRATADO (A)**, implicará as negociações do reajuste.

Página 1 de 8



Parágrafo Único – A revisão de preços do **Anexo 2** necessário Termo Aditivo, bastando constar no processo, a origem da autorização de revisão de valores, com a respectiva data de homologação pela Diretoria de Assistência à Saúde e Controle da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA QUINTA: DAS ESTIPULAÇÕES GERAIS A QUE SE SUBORDINA O PRESENTE CONTRATO

Com o objetivo de disciplinar os direitos e obrigações, as partes contratantes resolvem adotar as seguintes estipulações, que deverão ser observadas e cumpridas.

Parágrafo Primeiro: O (A) **CONTRATADO (A)** somente prestará atendimento ao(s) beneficiário(s) e dependente(s) da **CONTRATANTE**, se estiverem portando o **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO** com a denominação da **PLAMED SAÚDE**, que comprove a sua condição de beneficiário de Plano por ela oferecido e contratado, acompanhado da carteira de identidade, sob pena da **CONTRATANTE** não ser responsabilizada pelo pagamento do débito da execução dos serviços, efetivamente prestados.

Parágrafo Segundo: O (A) **CONTRATADO (A)** se obriga a prestar serviços ao(s) beneficiário(s) e ao(s) dependente(s) dos Planos de Saúde da **CONTRATANTE**, obedecendo aos princípios da ética médico profissional e dentro do melhor padrão de qualidade técnica e atendimento urbano, priorizando os atendimentos de urgência e emergência, os idosos com mais de sessenta e cinco anos, as gestantes, as lactantes, os lactentes e as crianças de até cinco anos de idade, obrigando-se a comunicar de imediato à **CONTRATANTE** todo e qualquer incidente que ocorrer nas relações beneficiário(s)/**CONTRATADO(A)**.

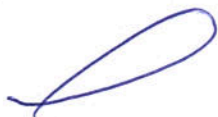
Parágrafo Terceiro: A **CONTRATANTE** fará constar de sua publicação da relação dos médicos credenciados e serviços **CONTRATADOS** que poderão ser prestados em caráter eletivo, com o nome do (a), a especialidade, o endereço, e o telefone, devendo ser fornecido pelo mesmo todos os seus dados, e, se houver alteração, proceder à comunicação no prazo máximo de **30(trinta) dias**.

Parágrafo Quarto: Para o (a) **CONTRATADO (A)**, que prestar serviços de urgência/emergência fica acordado que todos os médicos que atenderem nestas unidades de serviço poderão prestar tais atendimentos e a cobrança será através da unidade de urgência credenciada, porém se deste incorrer na necessidade de sequência de tratamento (clínico ou cirúrgico) o paciente deverá ser passar aos cuidados de profissional que contrato para a prestação de tais serviços diretamente pela com a **PLAMED**, caso o profissional seja vinculado a mais de uma clínica ou hospital contrato seus honorários serão remunerados pela clínica que originou o atendimento;

Parágrafo Quinto: O (A) **CONTRATADO (A)**, na condição de prestador de serviços, assume isoladamente toda responsabilidade tributária pela incidência de ônus fiscais ou para fiscais, trabalhistas e previdenciários, que obviamente advirem do objeto desse **CONTRATO**, excluindo-se a **CONTRATANTE** de toda e qualquer responsabilidade por tais obrigações.

Parágrafo Sexto: A **CONTRATANTE** somente poderá se eximir da responsabilidade do pagamento dos serviços prestados pelo (a) **CONTRATADO(A)**, e glosar o pagamento das obrigações assumidas, após ficarem devidamente comprovados que houve incorreção na sua apuração, ou então, que esteja ocorrendo cobrança equivocada de serviços não prestados, ou de valores extravagantes, que estejam em desacordo com a **tabela entre as partes acordadas (Anexo 2)**.

Parágrafo Sétimo: O (A) **CONTRATADO (A)** se intitula responsável em todas as circunstâncias, perante o(s) beneficiário(s) e dependente(s) da **CONTRATANTE**, exclusivamente pela qualidade técnica dos serviços prestados, não assumindo esta qualquer responsabilidade pelo insucesso de tratamentos, óbitos, lesões iatrogênicas e outras ocorrências que possam vir a ocorrer com os beneficiários e dependentes dos Planos de Saúde com ela contratados.





CLÁUSULA SEXTA: DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Para a realização de qualquer procedimento será necessária solicitação de autorização prévia à **CONTRATANTE**. A autorização será obtida através do Teleatendimento da **CONTRATANTE**, pelo Call Center: (79) 4009-3100 - Opção:3, (79) 4009-3126, (79) 4009-3128, (79) 4009-3129, (79) 4009-3130, (79) 4009-3131, (79) 4009-3132, (79) 4009-3133, (79) 4009-3134, Fax: (79)4009-3132, autorização através do site: portalprestador.plamed.com.br (caso o Prestador seja liberado ter acesso ao Site) ou autorização presencial (Perícia Médica) que, após análise da solicitação por parte da Auditoria da **CONTRATANTE**, emitirá **SENHA**.

Parágrafo Primeiro – O **CONTRATADO** deverá garantir direito de retorno a consulta para reavaliação, apresentação de resultados de exames ou mesmo revisão, num prazo de até 30 (trinta) dias contados da data do atendimento inicial;

Parágrafo Segundo - Caso o **CONTRATADO**, se por motivos de falta de vaga, não funcionamento ou viagem, não seja possível marcar o retorno no prazo previsto, caberá ao **CONTRATADO**, providenciar para o devido atendimento ao paciente/beneficiário da **PLAMED**, sem que isso implique em ônus para a **CONTRATANTE** ou paciente/beneficiário.

Parágrafo Terceiro– O **CONTRATADO** priorizará o atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de sessenta anos de idade, os gestantes, lactantes e crianças até cinco anos de idade.

Parágrafo Quarto – O **CONTRATADO**, fica obrigada a fornecer aos beneficiários ou a seus responsáveis copia do laudo de exames simples ou especializados, decorrentes de atendimentos na Urgência e/ou Emergência, num prazo máximo de até 48 (quarenta e oito horas);

Parágrafo Quinto – Caso os exames citados no parágrafo anterior não sejam solicitados pelo beneficiário ou seu responsável, estes deverão ser encaminhados a **CONTRATANTE**, para o devido envio aos interessados.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Com a finalidade de regular a utilização da cobertura assistencial oferecida aos seus beneficiários, a **CONTRATANTE** poderá adotar, a qualquer tempo, os mecanismos de regulação que se fizerem necessários, amparados pela legislação dos planos privados de assistência a saúde.

Parágrafo Único – A **CONTRATANTE** poderá solicitar a presença dos beneficiários para a realização de perícias prévias, com a finalidade de averiguar a necessidade de realização de procedimentos e seus corretos enquadramentos, de acordo com as normas regulamentares previstas para cada plano de saúde, expedindo a correspondente guia de autorização de procedimento.

CLÁUSULA OITAVA: DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS, DOS PRAZOS, DAS CONDIÇÕES E LOCAL DE PAGAMENTO.

O **CONTRATADO** apresentará a **CONTRATANTE** às faturas referentes aos serviços prestados, contendo descrição dos serviços e respectivos valores cobrados, de acordo com a codificação da tabela contratualmente ajustada, por meio dos formulários de cobrança no padrão TISS fornecidos ou disponibilizados pela **CONTRATANTE**, devidamente preenchidos em todos os seus campos, conforme orientação da **ANEXO DO CONTRATO**.

Parágrafo Primeiro: O (A) **CONTRATADO (A)** receberá da **CONTRATANTE**, pelos serviços prestados ao(s) seu beneficiário(s) e dependente(s), a contraprestação representada por pagamento, em moeda nacional, devendo obrigatoriamente para esse fim, emitir as faturas descritivas, respectivas, com as contas individualizadas e a descrição dos serviços executados, e dos respectivos valores devidos ao **CONTRATADO (A)**. O **CONTRATADO (A)** cobrando um valor maior da negociação entre as partes e a **CONTRATANTE** efetue o pagamento do valor indevido, posteriormente comprovado o equívoco, será descontado em fatura.

Página 3 de 8



Parágrafo Segundo: O (A) **CONTRATADO (A)** deverá apresentar na sede social da **CONTRATANTE**, localizada na Av. Francisco Porto, 686, Bairro Salgado Filho, na cidade de Aracaju, Estado de Sergipe, CEP: 49.020-570 a **produção de prestação de serviços contratados** do mês, nos dois últimos dias úteis do mês, subsequente, meio físico e eletrônico através do **PORTAL PRESTADOR / OPERADORA PLAMED**, à prestação dos serviços, para análise das contas apresentadas e sua devida liberação para pagamento Ver calendário no anexo 2. Apresentação da Fatura: a Fatura deverá estar em ordem alfabética, caso contrário será devolvida para organização. Atendimentos realizados no Centro Médico Plamed Saúde, Clínica São Camilo, Clínica Nossa Senhora do Carmo – Centro Médico Carmópolis, o faturamento será através de cada Clínica. Honorários Médicos realizados externos as Clínicas é responsabilidade do **CONTRATADO**, entregar as Faturas na Sede da Operadora Plamed.

Parágrafo Terceiro: A **CONTRATANTE** se compromete a efetuar o pagamento mensal a (o) **CONTRATADO (A)** pelos serviços efetivamente prestados a seu beneficiário(s) e dependente(s), no prazo de **60 (sessenta) dias**. A **CONTRATANTE** suspenderá o pagamento, se o **CONTRATADO (A)**, não devolver em tempo hábil, no mínimo em 15 (quinze) dias os documentos comprobatórios: Contrato, Anexo e Aditivo, devidamente assinado, pelo **CONTRATADO (A)**.

Parágrafo Quarto: O (A) **CONTRATADO (A)** terá prazo máximo de **45 (quarenta e cinco) dias** contados a partir da data do término do atendimento, para apresentação da fatura e dos demais documentos comprobatórios da execução dos serviços. Findo este prazo, será considerada inapta para pagamento, qualquer fatura apresentada, não cabendo recurso, **ver anexo 3**.

Parágrafo Quinto: As faturas apresentadas pelo (a) **CONTRATADO (A)** serão submetidas à revisão técnica pré-pagamento e à auditoria da **CONTRATANTE**, cabendo-lhe a emissão de glosa parcial ou total sob evidência objetiva de irregularidade.

Parágrafo Sexto: Para efeito de cobrança e consequente observância do prazo de pagamento, o (a) **CONTRATADO (A)** receberá, no ato da entrega da fatura, devidamente assinada, a segunda via da **"Capa de Lote"**, documento este utilizado para comprovar registro, data e quantidade de contas apresentadas.

Parágrafo Sétimo: As faturas apresentadas e rejeitadas por erro de preenchimento ou por críticas do sistema operacional serão devolvidas ao(a) **CONTRATADO(A)**, até o 30º (trigésimo) dia da sua apresentação, para as correções que se fizerem necessárias, podendo, nestes casos, serem reapresentadas no prazo de até **5 (cinco) dias úteis**, para que o pagamento seja efetuado de acordo a referência da fatura devolvida, caso contrário o pagamento será efetuado no mês seguinte.

Parágrafo Oitavo: Os serviços contidos nas guias de cobrança poderão ter seus valores parcial ou totalmente glosados, não se efetivando nesses casos, a sua respectiva quitação. O **CONTRATADO (A)** deverá solicitar o **Relatório de Glosas**, contendo as razões das glosas efetuadas, discriminando os itens e valores das mesmas.

Parágrafo Nono: Ao (a) **CONTRATADO (A)** faculta-se, nos casos previstos no **Parágrafo Oitavo**, o recurso de glosa deverá ser dirigido à sede da **CONTRATANTE**, dentro do prazo de **30 (trinta) dias** da data do recebimento do **RELATÓRIO DE GLOSAS**. O **Setor de Contas**, apenas receberá os Recursos de Glosas nos dois últimos dias úteis de cada mês, mesma data da entrega das faturas. Caberá à **CONTRATANTE**, nesses casos, julgar o recurso apresentado em até **30 (trinta) dias** da data de entrada do mesmo. **VER ANEXO 2 e 3**.

Parágrafo Décimo: O recurso de glosa deverá ser apresentado por escrito, protocolado junto ao setor de faturamento e conterá apenas a descrição dos serviços contestados pelo (a) **CONTRATADO (A)**, discriminados pelo registro do número da guia, itens e valores glosados. Julgado procedente o recurso de glosa, a **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento das contas requeridas pelo (a) **CONTRATADO (A)**, após **30 (trinta) dias** o deferimento do recurso. Julgado improcedente ou não o recurso, a **CONTRATANTE** dará conhecimento ao (a) **CONTRATADO (A)** do resultado do julgamento, através do Documento: **Termo de Quitação Recurso de Glosas** que será assinado por ambas as partes, arquivando-se a documentação.

Parágrafo Décimo Primeiro – O CONTRATADO se obriga a fornecer mensalmente nota fiscal Pessoa Jurídica – Pessoa Física RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) relativa aos serviços prestados pela **CONTRATANTE**, nas datas previstas no **anexo 3**, estando



acordado que a sua não apresentação ocasionará a suspensão dos pagamentos até a regularização da pendência, quando os pagamentos serão liberados, sem nenhuma atualização monetária, juros ou multas se qualquer natureza.

Parágrafo Décimo Segundo – No caso de o dia do pagamento cair em sábados, domingos ou feriados, o compromisso fica automaticamente postergado para o primeiro dia útil após o vencimento.

CLÁUSULA NONA – DA PROIBIÇÃO DA COBRANÇA DE HONORÁRIOS.

Fica definitivamente proibida a cobrança de honorários, por parte do **CONTRATADO**, aos usuários de qualquer plano de assistência médica à saúde oferecido pela **CONTRATANTE**, em relação a qualquer serviço cuja prestação esteja coberta pelo respectivo contrato com o usuário, sob pena de incorrer o **CONTRATADO** na infração prevista na cláusula décima quinta, inciso XIII deste pacto.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, VISTORIA E AUDITORIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS.

A execução do presente contrato será avaliada pela **CONTRATANTE**, mediante procedimentos de controle por esta adotada, sem prejuízo à observância do cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato.

Parágrafo Primeiro – Periodicamente, a **CONTRATANTE** vistoriará as instalações do (a) **CONTRATADO (A)** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas informadas por ocasião da assinatura do presente contrato.

Parágrafo Segundo - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operacional do(a) **CONTRATADO(A)** poderá ensejar rescisão deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

Parágrafo Terceiro – O controle exercido pela **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratados não eximirá o(a) **CONTRATADO(A)** da sua plena responsabilidade perante a **CONTRATANTE** ou para os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

Parágrafo Quarto – O (A) **CONTRATADO (A)** facilitará à **CONTRATANTE**, o acesso para fins de controle permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos funcionários da **CONTRATANTE** designados para tal fim.

Parágrafo Quinto – Em qualquer hipótese é assegurado ao (a) **CONTRATADO (A)** direito de defesa, nos termos das normas gerais do Código Civil que regulamenta os contratos entre entes privados.

Parágrafo Sexto – A habilitação dos beneficiários da PLAMED é de responsabilidade exclusiva da **CONTRATANTE** que manterá o (a) **CONTRATADO (A)** informado (a) sobre as normas, rotinas, formas e requisitos desta habilitação.

Parágrafo Sétimo – A realização de serviços e/ou procedimentos não previstos no presente instrumento, desobrigam o pagamento por parte da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA FISCALIZAÇÃO ROTINEIRA

A **CONTRATANTE** se reserva o direito de, quando lhe aprouver, através de profissionais devidamente habilitados para tal função (Médicos e/ou Enfermeiros), verificar e fiscalizar os mencionados serviços efetivamente prestados pelo(a) **CONTRATADO(A)**, sendo de obrigação do prestador de serviço disponibilizar os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º, da Lei n.º 9.961, de 2000.



Página 5 de 8





CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS PENALIDADES.

A inobservância, pelo(a) **CONTRATADO(A)** de cláusula e obrigação constante deste contrato, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções abaixo:

- a) Glosa
- b) Advertência escrita;
- c) Suspensão temporária dos encaminhamentos de assistidos da PLAMED-SAÚDE aos serviços de saúde diretos e/ou complementares contratados;
- d) Rescisão do contrato.

Parágrafo Primeiro – A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da evidência objetiva da irregularidade detectada, considerada sua avaliação na situação e circunstância em que ocorreu, através de auditoria assistencial ou de outros mecanismos de controle aplicáveis e previstos pela Auditoria da **CONTRATANTE** e dela será notificado(a) o(a) **CONTRATADO(A)**.

Parágrafo Segundo – Na aplicação das penalidades previstas nas alíneas **a, b, c, d**, o(a) **CONTRATADO(A)** poderá interpor recurso administrativo, dirigido à Diretoria de Assistência à Saúde e Controle da **CONTRATANTE**.

Parágrafo Terceiro – A penalidade de glosa será aplicada, exclusivamente, pelo Auditor e utilizado para impugnação parcial ou total de valores relativos aos serviços prestados pelo (a) **CONTRATADO (A)** e será aplicada nas seguintes condições e formas:

- a) **Glosa Administrativa** – aplicada quando da evidência, pelo auditor, do não cumprimento de parâmetros administrativos estabelecidos para a cobrança de serviços, tais como: ausência de assinatura do assistido na guia de cobrança; ausência de assinatura e carimbo do profissional que realizou o atendimento, rasuras (Risco ou raspagem executada na parte escrita de um texto, palavra, número, símbolo, etc, de qualquer documento, tornando o mesmo inválido ou ilegível as palavras contidas ou substituídas por outras); ausência de preenchimento de campos obrigatórios das guias.
- b) **Glosa Técnica** – aplicada quando da ocorrência de cobranças indevidas dos itens que compõem as faturas apresentadas.

Parágrafo Quarto – Na aplicação da penalidade de glosa será facultado ao(a) **CONTRATADO(A)** a interposição de recurso, junto ao setor de faturamento da **CONTRATANTE** na forma e prazos previstos na **Cláusula Quinta** deste instrumento.

Parágrafo Quinto – A penalidade de advertência escrita poderá ser aplicada pela **CONTRATANTE**, nos casos de reincidência de distorções e do não atendimento às recomendações contidas nos relatórios de Auditorias e de vistorias realizadas junto ao Estabelecimento de Saúde.

Parágrafo Sexto - A penalidade de suspensão temporária de atendimento aos beneficiários da PLAMED poderá ser aplicada pela **CONTRATANTE**:

- a) Reincidência de ações que resultem em danos pecuniários;
- b) Infração às normas reguladoras de natureza operacional, administrativa ou contratual;
- c) Nos casos em que a infração levar a prejuízos do atendimento prestado aos beneficiários da PLAMED.

Parágrafo Sétimo – A penalidade de rescisão contratual poderá ser aplicada pela **CONTRATANTE**, independente da ordem das demais sanções previstas nesta cláusula e se dará nos seguintes casos:

- a) Não cumprimento das cláusulas contratuais;

Página 6 de 8



- b) Paralisação parcial ou total dos serviços contratados sem justa causa e sem comunicação prévia à **CONTRATANTE** nos termos deste instrumento;
- c) Ocorrência reiterada de irregularidades previstas nos parágrafos terceiro, quarto e quinto desta cláusula.

Parágrafo Oitavo – Nos termos dos parágrafos sexto e sétimo desta cláusula caberá à **CONTRATANTE** a responsabilidade de substituição imediata do atendimento prestado pelo(a) **CONTRATADO(A)**, como mecanismo de preservação e garantia de cobertura assistencial aos seus beneficiários, notificando à Agência Nacional de Saúde Suplementar as medidas adotadas e as razões de substituição nos prazos previstos nas Instruções Normativas daquele órgão regulador.

Parágrafo Nono – Da decisão de aplicação das penalidades previstas nos parágrafos sexto e sétimo desta cláusula caberá, inicialmente, pedido de reconsideração por parte do(a) **CONTRATADO(A)** que deverá ser apresentá-lo com protocolo junto à Diretoria de Assistência à Saúde e Controle da **CONTRATANTE** até o prazo de trinta (30) dias contados da intimação do ato.

Parágrafo Décimo – Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do parágrafo anterior, a **CONTRATANTE** deverá manifestar-se no prazo de trinta (30) dias úteis e poderá, ao apreciá-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva.

Parágrafo Décimo Primeiro – A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula, não ilidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir o ressarcimento integral dos prejuízos, das perdas e danos que o fato gerador da penalidade acarretar para a PLAMED, para os seus beneficiários e/ou terceiros, independentemente da responsabilidade criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O Presente Contrato é automaticamente renovado anualmente, contados da data da assinatura do presente Contrato;

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO

O presente contrato de prestação de serviços poderá ser rescindido de forma imotivada, unilateralmente, por qualquer das partes contratantes, a qualquer tempo, exigindo-se apenas a sua denúncia, por escrito, com prazo de antecedência de **30(trinta) dias**. O(A) **CONTRATANTE** informará ao(à) **CONTRATADO(A)** dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial, devendo, respeitarem-se os procedimentos que já houverem sido marcados pelo(s) beneficiário(s) com **10(dez) dias** de antecedência à comunicação da rescisão.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de rescisão contratual, o **CONTRATADO** obriga-se a manter o acompanhamento e o atendimento aos beneficiários durante a internação e a **CONTRATANTE** a pagar as despesas até a alta hospitalar.

Parágrafo Segundo - O **CONTRATADO** apresentará a **CONTRATANTE**, no prazo de até 05 (cinco) dias contados da data de recebimento da notificação de rescisão (motivada ou imotivada), relação dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS INFRAÇÕES

Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, constituem infrações e motivo para a rescisão do presente contrata as seguintes ações:

- I. O não cumprimento das cláusulas contratuais
- II. O cumprimento irregular das cláusulas contratuais;
- III. Atraso contumaz no pagamento das faturas pela **CONTRATANTE**, aqui entendida.



Página 7 de 8





- Atraso continuado de pelo menos 06 (seis) faturas;
- IV. Infração às normas sanitárias e fiscais vigentes;
 - V. Alteração dos atos constitutivos do **CONTRATADO** que prejudique a execução do objeto contratual;
 - VI. Concordata ou decretação de falência pelo **CONTRATADO**;
 - VII. Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado;
 - VIII. Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;
 - IX. O número reduzido ou nenhum atendimento aos beneficiários da **CONTRATANTE** pelo período de 12 (doze) meses;
 - X. A paralisação temporária dos serviços sem previa comunicação de 30 (trinta) dias e anuência da **CONTRATANTE**;
 - XI. O não cumprimento, por qualquer das partes, de CLÁUSULA ou condição estabelecida no presente contrato;
 - XII. A transferência total ou parcial deste instrumento, a subcontratação do objeto contratual, a associação com outrem, a cisão, fusão ou incorporação que afete a boa execução deste contrato, sem prévia anuência da **CONTRATANTE**;
 - XIII. A cobrança de honorários, por parte do **CONTRATADO**, aos usuários de qualquer plano de assistência médica à saúde oferecido por esta **CONTRATANTE**, em relação a qualquer serviço cuja prestação esteja coberta pelo respectivo contrato com o usuário;
 - XIV. O cometimento reiterado de faltas na execução do objeto contratual.

Parágrafo Único – O **CONTRATADO** fará jus ao recebimento de valores de serviços já prestados não pagos pela **CONTRATANTE**, mediante apresentação, de fatura descritiva e nota fiscal.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DO FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Aracaju, do Estado de Sergipe, para dirimir as pendências oriundas do presente contrato, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que se apresente.

E assim, por estarem justas e contratadas, assinam as partes o presente instrumento contratual, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito legal, na presença de 02(duas) testemunhas que de tudo tomaram conhecimento.

ARACAJU/SE, 01 DE ABRIL DE 2022

CONTRATANTE


PLAMED – PLANO DE ASSIST. MÉDICA LTDA
LUIZ ANTÔNIO MITIDIERI

TESTEMUNHAS:

PLAMED - Plano de Assistência Médica Ltda

Dr. André Lucas Lima da Silveira - CRM 4963
Diretor Técnico

DIREÇÃO TÉCNICA

CONTRATADO (A)


MAX DE CARVALHO AMARAL

NOME:

CPF: 015.557.795-65





ANEXO DE CONTRATO

PLAMED-PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA X HOSPITAL AMPARO DE MARIA / ASSOCIAÇÃO BENEFICÊNCIA AMPARO DE MARIA

ANEXO 1:

1. Serviços Contratados:

- Consulta Eletiva na Especialidade médica: Cardiologia;
- Exames Sadt: Eletrocardiograma, Holter, Mapa, Teste Ergométrico, Ecocardiograma, Radiografia e Scan Carótidas e Vertebrais.

ANEXO 2:

2. Valores Acordados: Vigência: 01/04/2022

DESCRIÇÃO	HONORÁRIOS
Código: 10101012: Consulta eletiva especialidade médica: cardiologia	R\$65,00
Código: 40101010: Eletrocardiograma	R\$21,60
Código: 20102020: Holter	R\$108,00
Código: 20102038: Mapa	R\$108,00
Código: 40101045: Teste ergométrico	R\$108,00
Código: 40901106: Ecocardiograma	R\$240,00
Código: 40901360: Scan Carótidas e Vertebrais	R\$240,00
Radiografia em geral	R\$39,28 (por cada exame)

CORPO CLÍNICO		
PROFISSIONAL	CRM	ESPECIALIDADE
João Paulo Cerqueira Vieira	4807/Se	Cardiologia

3. Autorização dos Serviços:

- Para a realização de qualquer procedimento será necessário solicitação de autorização prévia à **CONTRATANTE**. A autorização será obtida através do Tele Atendimento da **CONTRATANTE**, através do Site (caso o Prestador seja liberado ter acesso ao Site) ou Autorização Presencial (Perícia Médica), dependendo do procedimento após análise da solicitação por parte da Auditoria da **CONTRATANTE**, emitirá **SENHA**;
- **Dispomos dos seguintes Planos:** Centro Médico / Exclusive Enfermaria / Exclusive Apartamento / Pra Toda Vida Enfermaria / Pra Toda Vida Apartamento / Livre Escolha / Livre Escolha Safira / Livre Escolha Diamante / Premium Enfermaria / Premium Apartamento / Mais Você Enfermaria / Mais Você Apartamento / Mais Você Top Enfermaria / Mais Você Top Apartamento / Gold / Gold Enfermaria / Gold Apartamento;
- **Centro Médico / Exclusive Enfermaria / Exclusive Apartamento / Pra Toda Vida Enfermaria / Pra Toda Vida Apartamento** (Plano Direcionado é liberado de acordo sua Rede Credenciada): para liberação de procedimentos/consultas (eletivos) os usuários necessitam autorização prévia impressa da Sede Plamed, exceto atendimento na Clínica São Camilo, (atendimento ambulatorial);
- ✓ **Livre Escolha / Livre Escolha Safira / Livre Escolha Diamante / Premium Enfermaria / Premium Apartamento / Mais Você Enfermaria / Mais Você Apartamento / Mais Você Top Enfermaria / Mais Você Top Apartamento / Gold / Gold Enfermaria / Gold Apartamento** para liberação de procedimentos/consultas/ os usuários necessitam autorização prévia que serão geradas, através do Call Center Telefones: (79) 4009-3100 - Opção: 3, (79) 4009-3126 / (79) 4009-3128 / (79) 4009-3129 / (79) 4009-3130 / (79) 4009-3131 / (79) 4009-3132 / (79) 4009-3133 / (79) 4009-3134, ou através do Site Autorizador: portalprestador.plamed.com.br;
- **Portal Prestador:**



- Esse Sistema Autorizador Web é um auxílio para o prestador, portanto não são todos os procedimentos liberados, qualquer dúvida entrar em contato com o Call Center;
- É necessária a Confirmação do Atendimento através do Portal, caso contrário a Guia será automaticamente excluída;
- A Autorização emitida através do Call Center é necessária a Confirmação do Atendimento no Site;
- Qualquer negativa que o Portal do Prestador apresente é **indispensável** que seja confirmado através do Call Center;
- A Numeração que a Operadora necessita para o pagamento é o **Número Atribuído a Operadora**, não é o Número de Senha, solicitamos atenção;
- No Portal Prestador, as Autorizações impressas o valor está como R\$0,00, portanto é necessário informar o valor da negociação, não utilizar corretivo ou rasurar, colocar o valor ao lado ou acima;
- O Call Center da Operadora Plamed, apenas irá autorizar consultas e exames Sadt, após questionamentos, triagem e confirmação das dificuldades ou problemas do Portal Prestador. Essa medida foi definida para agilizar o atendimento telefônico desta Operadora, satisfazendo Prestadores e Usuários. Solicitamos colaboração dos Contratados para que se conscientizem da necessidade da utilização do Portal Prestador;
- **Fica definitivamente proibida a cobrança de Honorários Médicos, Materiais, Medicamentos, Taxas, OPME, Exames SADT**, por parte do **CONTRATADO**, aos usuários de qualquer plano de assistência médica à saúde oferecido pela **CONTRATANTE**, em relação a qualquer serviço cuja prestação esteja coberta pelo respectivo contrato com o usuário;
- As senhas terão validade de 30(trinta) dias contados da data da solicitação.

4. Preenchimento e dos Formulários para a Prestação dos Serviços:

- Esses serões fornecidos pela **CONTRATANTE (PLAMED)**, e podem ser adquirido na sede da **CONTRATANTE** ou através do Site: www.plamed.com.br;
- O padrão de preenchimento é o padrão TISS, estabelecido pela ANS, e os campos em branco são de preenchimento obrigatório;
- Em cada formulário só poderão ser realizados e cobrados até no máximo 05 (cinco) exames, ou seja, um por linha.

5. Solicitações Médicas:

- As solicitações terão validade de 30 (trinta) dias contadas da data da emissão;
- A solicitação dos serviços deverá ser feita diretamente pelo médico assistente no referido formulário padrão TISS não será acatado transcrição de solicitações do receituário para formulário padrão TISS por terceiros;
- Não é permitido Requisições de SADT preenchidas por Terapeutas, apenas aceitamos solicitações de Médicos (Carimbo CRM) e Cirurgiões Dentistas (Carimbo CRO – desde que restritos à finalidade de natureza odontológica) – **Glosas sem recurso**;
- Requisições sem assinatura e carimbo do Profissional responsável - **Glosas sem recurso**;
- Requisições sem a assinatura do Usuário ou Responsável - **Glosas sem recurso**;
- Requisições/Solicitações Médicas de outras Operadoras - **Glosas sem recurso**;
- Requisições/Solicitações Médicas sem a data da realização do procedimento - **Glosas sem recurso**;
- Requisições/Solicitações Médicas com exames de múltipla escolha - **Glosas sem recurso**;
- Requisições Médicas: Cópias / Xerox, apenas está liberado caso esse Documento esteja carimbado e assinado pelo Setor de Autorizações – **Glosas sem recurso**;
- Necessário informar os códigos e os valores das Consultas/Exames SADT/Procedimentos negociados - **Com recurso de Glosas, informando os códigos e os valores**;
- **Informar o Plano do Usuário:** Centro Médico / Exclusive Enfermaria / Exclusive Apartamento / Pra Toda Vida Enfermaria / Pra Toda Vida Apartamento / Livre Escolha / Livre Escolha Safira / Livre Escolha Diamante / Premium Enfermaria / Premium Apartamento / Mais Você Enfermaria / Mais Você Apartamento / Mais Você Top Enfermaria / Mais Você Top Apartamento / Gold / Gold Enfermaria / Gold Apartamento na Guia SADT, Guia de Consulta e Guia de Internamento, informação pode ser de caneta - **Com recurso de Glosas, informando o Tipo de Plano**;
- Realização dos serviços com guia endereçada/autorizada a outro prestador - **Glosa sem recurso**;
- **Qualquer tipo de Rasura** (Definição de Rasura: Risco ou raspagem executada na parte escrita de um texto, palavra, número, símbolo, etc., de qualquer documento, tornando o mesmo inválido ou ilegível as palavras contidas ou substituídas por outras). **Exemplos:** Borrões, Traços em locais indevidos, Utilização de Corretivos, Documento rasgado, entre outros - **Glosa sem recurso**.



6. Identificação do usuário:

- O (A) **CONTRATADO (A)** somente prestará atendimento ao(s) beneficiário(s) e dependente(s) da **CONTRATANTE**, se estiverem portando o **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO** com a denominação da **PLAMED SAÚDE**, que comprove a sua condição de beneficiário de Plano por ela oferecido e contratado, acompanhado da carteira de identidade;
- **Disponos dos seguintes Planos:** Centro Médico / Exclusive Enfermaria / Exclusive Apartamento / Pra Toda Vida Enfermaria / Pra Toda Vida Apartamento / Livre Escolha / Livre Escolha Safira / Livre Escolha Diamante / Premium Enfermaria / Premium Apartamento / Mais Você Enfermaria / Mais Você Apartamento / Mais Você Top Enfermaria / Mais Você Top Apartamento / Gold / Gold Enfermaria / Gold Apartamento;
- **Centro Médico / Exclusive Enfermaria / Exclusive Apartamento / Pra Toda Vida Enfermaria / Pra Toda Vida Apartamento: Planos Direcionados são liberados de acordo sua Rede Credenciada:** para liberação de procedimentos/consultas (eletivos) os usuários necessitam autorização prévia impressa da Sede Plamed, exceto atendimentos realizados na Clínica São Camilo (atendimento ambulatorial);
- **Livre Escolha / Livre Escolha Safira / Livre Escolha Diamante / Premium Enfermaria / Premium Apartamento / Mais Você Enfermaria / Mais Você Apartamento / Mais Você Top Enfermaria / Mais Você Top Apartamento / Gold / Gold Enfermaria / Gold Apartamento** os beneficiários necessitam autorização prévia que serão geradas através do nosso Call Center ou Site Autorizador, dependendo dos Serviços.

7. Motivos de Glosas Imediatas e Recurso de Glosas:

- **Data da Apresentação do Recurso de Glosas** nos dois últimos dias úteis de cada mês, datas divergentes o Setor de Glosas não receberá a solicitação;
- **Solicitação de Recurso de Glosa: Dados indispensáveis:**
 - **As Faturas de glosas devem ser emitidas separadamente** das Faturas de novos atendimentos, facilitando, desta forma, a rotina da área operacional;
 - Senha da Operadora;
 - Nome do Beneficiário;
 - Item Glosado;
 - Valor Glosado;
 - **Atenção:** a conta apenas comporta cobrança de um único número de autorização prévia, portanto cobranças de procedimentos com autorizações prévias distintas devem ser cobradas em contas separadas;
 - O recurso de glosa deverá ser dirigido à sede da **CONTRATANTE**, dentro do prazo de **30 (trinta) dias** da data do recebimento do **RELATÓRIO DE GLOSAS**. Caberá à **CONTRATANTE**, nesses casos, julgar o recurso apresentado em até **30 (trinta) dias** da data de entrada do mesmo;
 - O recurso de glosa deverá ser apresentado por escrito, protocolado junto ao setor de faturamento e conterá apenas a descrição dos serviços contestados pelo (a) **CONTRATADO (A)**, discriminados pelo registro do número da guia, itens e valores glosados. Julgado procedente o recurso de glosa, a **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento das contas requeridas pelo (a) **CONTRATADO (A)**, após **30 (trinta) dias** do deferimento do recurso. Julgado improcedente ou não o recurso, a **CONTRATANTE** dará conhecimento ao (a) **CONTRATADO (A)** do resultado do julgamento, através do Documento: **Termo de Quitação Recurso de Glosas** que será assinado por ambas as partes, arquivando-se a documentação;
- **Glosas Imediatas:**
 - O não cumprimento das orientações sobre o Envio da Fatura através do Portal Prestador - **Com recurso de Glosas, enviando corretamente;**
 - **Todas as Consultas/Procedimentos** deverão constar Autorização Prévia, inclusive procedimentos na Urgência, Internamento e Prorrogações/Parciais de Internamento, deverão ser incluídos no Número de Guia da Operadora ou solicitados uma nova Autorização – **Glosas sem recurso;**
 - Senha incorreta - **Com recurso de Glosas, informando a Senha Correta;**
 - Divergência de assinatura do responsável do contrato com os documentos apresentados em fatura - **Glosas sem recurso;**
 - Requisições sem assinatura e carimbo do Profissional do responsável, necessário constar a especialidade do atendimento – **Com recurso de Glosas, enviando as requisições assinadas, carimbadas e identificando a especialidade;**
 - **Corpo Clínico:** Profissionais que não estejam formalizados no Contrato/Aditivo ou notificados por email – **Glosas sem recurso;**



- Requisições sem a assinatura do Usuário ou Responsável - **Glosas sem recurso;**
- Requisições/Solicitações Médicas de outras Operadoras - **Glosas sem recurso;**
- Requisições/Solicitações Médicas sem a data da realização do procedimento - **Glosas sem recurso;**
- Requisições/Solicitações Médicas com exames de múltipla escolha - **Glosas sem recurso;**
- **Requisições Médicas: Cópias / Xerox**, apenas está liberado caso esse Documento esteja carimbado e assinado pelo Setor de Autorizações da Operadora – **Glosas sem recurso;**
- **Requisições de SADT preenchidas por Terapeutas**, apenas aceitamos solicitações de Médicos (Carimbo CRM) e Cirurgiões Dentistas (Carimbo CRO – desde que restritos à finalidade de natureza odontológica);
- O não preenchimento dos campos obrigatórios - **Glosas sem recurso;**
- O preenchimento incorreto do número da Matrícula e nome do Usuário - **Com recurso de Glosas, informando o Nome e a Matrícula correta;**
- Necessário informar os códigos e os valores das Consultas/Exames SADT/Procedimentos negociados - **Com recurso de Glosas, informando os códigos e os valores;**
- **Informar o Plano do Usuário:** Centro Médico / Exclusive Enfermaria / Exclusive Apartamento / Pra Toda Vida Enfermaria / Pra Toda Vida Apartamento / Livre Escolha/ Livre Escolha Safira / Livre Escolha Diamante / Premium Enfermaria / Premium Apartamento / Mais Você Enfermaria / Mais Você Apartamento / Mais Você Top Enfermaria / Mais Você Top Apartamento / Gold / Gold Enfermaria / Gold Apartamento na Guia SADT, Guia de Consulta e Guia de Internamento, informação pode ser de caneta - **Com recurso de Glosas, informando o Tipo de Plano;**
- Realização dos serviços com guia endereçada/autorizada a outro prestador - **Glosa sem recurso;**
- **Qualquer tipo de Rasura** (Definição de Rasura: Risco ou raspagem executada na parte escrita de um texto, palavra, número, símbolo, etc, de qualquer documento, tornando o mesmo inválido ou ilegível as palavras contidas ou substituídas por outras). Exemplos: Borrões, Traços em locais indevidos, Utilização de Corretivos, Documento rasgado, entre outros – **Glosa sem recurso;**
- Data da apresentação da fatura fora do prazo – **Glosa sem recurso.**

8. Prazo de Vigência do Contrato:

Renovado de forma espontânea anualmente, contados da data da assinatura do presente Contrato.

9. Prazo para Rescisão:

30 (trinta) dias antes do encerramento do Contrato.

10. Forma de Pagamento:

Depositado em conta, mediante apresentação: Pessoa Jurídica Nota Fiscal e recibo do CONTRATADO, solicitar o valor da Nota Fiscal ao setor financeiro três dias antes da data do pagamento – Telefones: (79) 4009-3100 / (79) 4009-3104 / e-mail: financeiro@plamed.com.br, em nome: **HOSPITAL AMPARO DE MARIA / ASSOCIAÇÃO BENEFICÊNCIA AMPARO DE MARIA**. Caso o dia do pagamento seja sábado, domingo ou feriado, este será prorrogado para o primeiro dia útil imediatamente.

A CONTRATANTE suspenderá o pagamento, se o CONTRATADO (A), não devolver em tempo hábil, no mínimo em 15 (quinze) dias os documentos comprobatórios: Contrato, anexo e Aditivo, devidamente assinado, pelo CONTRATADO (A).

11. APLICAÇÃO DE FATORES MODERADORES:

A PLAMED faz uso dos seguintes fatores moderadores para monitoramento de sua carteira de beneficiários: autorização prévia, perícia pré autorização, auditoria sobre a conta, monitoramento dos serviços prestados a fim de evitar distorções na utilização através de índices divulgados pelas respectivas sociedades médicas quanto ao número de exames e/ou procedimentos por consulta em cada especialidade.

ANEXO 3:

12. Calendário de Pagamento, Apresentação das Glosas e Faturamento:

- **Necessário o preenchimento da Capa de Processo (Guia Tiss)** – Fornecida na Operadora Plamed ou através do Site: www.plamed.com.br, não é permitido outro documento equivalente, caso contrário a Fatura será devolvida no ato da entrega, independentemente da Localização do Prestador;
- **Apresentação da Fatura:** As faturas devem estar consolidadas, cada Processo deve constar o atendimento, taxas, materiais e medicamentos, inclusive no mesmo lote. Caso contrário apenas será



- efetuado o pagamento do primeiro processo localizado pelo Analista do Faturamento Operadora. A fatura deverá está na ordem alfabética, o contrário será devolvido para organização;
- **Entrega das Faturas nos dois últimos dias úteis de cada mês**, indispensável que a Fatura Física esteja na data indicada na Sede da Operadora Plamed, caso contrário será devolvida no ato do Recebimento, independentemente da Localização do Prestador;
 - **As faturas apresentadas e rejeitadas** por erro de preenchimento ou por críticas do sistema operacional serão devolvidas ao(a) **CONTRATADO(A)**, até o 30º (trigésimo) dia da sua apresentação, para as correções que se fizerem necessárias, podendo, nestes casos, serem reapresentadas no prazo de até **5 (cinco) dias úteis**, para que o pagamento seja efetuado de acordo a referência da fatura devolvida, caso contrário o pagamento será efetuado no mês seguinte;
 - O **CONTRATADO (A)** cobrando um valor maior da negociação entre as partes e a **CONTRATANTE** efetue o pagamento do valor indevido, posteriormente comprovado o equívoco, será descontado em fatura;
 - Envio da Fatura eletronicamente através do **Portal Prestador**;
 - Tabela Ilustrativa, seguir sucessivamente:

Período de Prestação dos Serviços	Data Apresentação da Fatura e Apresentação do Recurso de Glosa	Data de Pagamento
ABRIL/2022	28 e 29/04/2022	15/07/2022
MAIO/2022	30 e 31/05/2022	15/08/2022
JUNHO/2022	29 e 30/06/2022	15/09/2022

Aracaju/SE, 01 de abril de 2022

CONTRATANTE:

CONTRATADO (A):

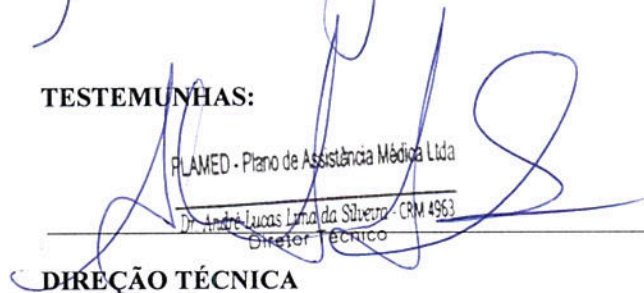


PLAMED – PLANO DE ASSIST. MÉDICA LTDA
LUIZ ANTÔNIO MITIDIERI



HOSPITAL AMPARO DE MARIA
ASSOCIAÇÃO BENEFICÊNCIA
AMPARO DE MARIA

TESTEMUNHAS:



PLAMED - Plano de Assistência Médica Ltda
Dr. André Lucas Lima da Silveira - CRM 4963
Diretor Técnico
DIREÇÃO TÉCNICA

Chelaine Teles de Araújo
NOME:
CPF: 015.557.795-65