

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL MAIS HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA COM OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

1. DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços de um lado a **PLADISA PLANOS DE SAÚDE LTDA.**, pessoa jurídica de direito privado estabelecida na Rua Coronel Fagundes, 100, sala 02, Edifício Dr. Ary Dalasen, Centro, na cidade de Videira – SC, inscrita no CNPJ sob o nº 17.897.995/0001-38, com registro junto a ANS nº 41.948-6, representada no ato por seus administradores, isolado ou conjuntamente, conforme contrato social, doravante denominada **CONTRATADA**.

2. DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE CONFORME TERMO DE ADESÃO

Representada no ato por seus administradores, isolado ou conjuntamente, conforme contrato social, doravante denominada **CONTRATANTE**.

3. DADOS GERAIS DO PLANO:

- **N.º de registro na ANS: 482.364/19-8**
- **Coparticipação: 20%**
- **Franquias variáveis limitadas a 20%**
- **Tipo de contratação: Coletivo Empresarial**
- **Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**
- **Nome Comercial: Empresarial MASTER**
- Área geográfica de abrangência: Grupo de Municípios
Paraná: Colombo; Curitiba, Fazenda Rio Grande e São José dos Pinhais;
Santa Catarina: Arroio Trinta, Balneário Camboriú, Blumenau, Brusque, Caçador, Fraiburgo, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Lages, Mafra, Navegantes, Salto Veloso, Tangará, Videira.
- Área de atuação: Paraná: Colombo; Curitiba, Fazenda Rio Grande e São José dos Pinhais;
Santa Catarina: Arroio Trinta, Balneário Camboriú, Barra Velha, Blumenau, Brusque, Caçador, Camboriú, Florianópolis, Fraiburgo, Gaspar, Ilhota, Itajaí, Itapema, Joaçaba, Joinville, Lages, Mafra, Navegantes, Piçarras, Salto Veloso, São João Batista, São José, Tangará, Tijucas, Videira.
- Padrão de acomodação em internação: Individual
- Formação do preço: pré-estabelecido
- Serviços e coberturas adicionais: coberturas restritas ao rol de procedimentos e eventos em saúde, editado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, para a segmentação ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia.

4. ATRIBUTOS DO CONTRATO

Código da Identificação: DIJ0004835

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

4.1. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

5. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Código da Identificação: DIJ0005332

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

5.1. Podem ser inscritos no plano os Beneficiários Titulares e ainda, como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;

5.2. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

5.3. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

5.4. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

6. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Código da Identificação: DIJ0005731

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

6.1. A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

6.2. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

6.3. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

6.4. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

6.5. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

7. COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

7.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

7.2. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

7.3. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

7.4. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

7.5. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

7.6. atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) Atividades educacionais;
- b) Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) Atendimento clínico;
- d) Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- e) Implante de Dispositivo Intra-uterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

7.7. Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

7.8. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

8. COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

8.1. Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;

8.2. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;

8.3. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

8.4. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

8.5. O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária (s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

8.6. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

8.7. Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;

8.8. Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROTERON A (SDHEA);

8.9. Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritonial;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição enteral ou parenteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações e radiologia intervencionista;
- h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;

8.10. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

8.11. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

8.12. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

8.13. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;

8.14. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

9. COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

9.1. A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 20% (vinte por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- d) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

10. COBERTURAS OBSTÉTRICAS.

10.1. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

10.2. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

10.3. Cobertura assistencial ao recém-nascido (a), filho (a) natural ou adotivo (a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT (Cobertura Parcial Temporária) ou Agravo.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Código da Identificação: DIJ0005728

Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº. 9.656/98, consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO, os seguintes serviços e procedimentos:

- a) Tratamentos ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) Tratamento de inseminação artificial;
- d) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

- e) Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.
- f) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- i) Procedimentos Clínicos ou Cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- j) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- k) Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- l) Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação oferecido pela OPERADORA, exceto nos casos de urgência e emergência;
- m) Atendimento a domicílio dos BENEFICIÁRIOS;
- n) Cirurgias plásticas em geral, com finalidade estética;
- o) Transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos; e
- p) Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

12. DURAÇÃO DO CONTRATO

Código da Identificação: DIJ0004752

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

12.1. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

13. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Código da Identificação: DIJ0004910

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do usuário:

a) Urgência e Emergência	24 horas
b) Consultas e Exames Básicos	30 dias
c) Ultrassonografias	120 dias
d) Internamentos Clínicos	150 dias
e) Internamentos Cirúrgicos	180 dias
f) Internamentos e/ou Consultas Psiquiátricas	180 dias
g) Exames Especiais	180 dias
h) Remoções com e sem Acompanhante	180 dias
i) Eventos Obstétricos	300 dias

13.1. Não será exigida carência quando houver 30 (trinta) beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário.

14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Código da Identificação: DIJ0004802

14.1. O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

14.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

14.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

14.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

14.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

14.6. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

14.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

14.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a

cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

14.9. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

14.10. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

14.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

14.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

14.13. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

14.14. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

14.15. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

14.16. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

14.17. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

14.18. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

14.19. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

14.20. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

14.21. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

14.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

14.23. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

15. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Código da Identificação: DIJ0005031

É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

I - Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

15.1. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

15.2. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

15.3. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

16. DA REMOÇÃO

A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I - Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

16.1 Da Remoção para o SUS:

À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS – Sistema Único de Saúde, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

16.1.1. Quando não puder haver remoção por risco de vida, a CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

16.1.2. A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

16.1.3. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

17. DO REEMBOLSO

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

17.1. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (recibos e/ou notas fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- d) declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

17.2. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano, nestes termos:

- a) Honorários médicos e exames complementares de diagnóstico e tratamento: Tabela praticada pela CONTRATADA à seus prestadores credenciados à época da utilização dos serviços.
- b) Materiais e Medicamentos: Tabela Brasíndice.
- c) Despesas Hospitalares (taxas, diárias): Tabela própria da CONTRATADA, praticada à época da utilização dos serviços, pela qual procederá o reembolso de despesas pagas pela CONTRATANTE.

18. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Com coparticipação consultas e exames (SADT) e franquias variáveis nos internamentos

19. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

19.1. O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

19.2. Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

20. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

20.1. O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

20.2. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com a CID.

21. DA JUNTA MÉDICA

A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

21.1. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora.

22. COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

22.1. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente, e serão devidamente preenchidos no momento da contratação.

Segmento Ambulatorial:

- a) Consultas, no percentual de 50%.
- b) Exames Básicos de Apoio Diagnóstico, no percentual de 20%.
- c) Exames Especiais de Apoio Diagnóstico, no percentual de 20%.
- d) Procedimentos Básicos a nível ambulatorial, no percentual de 20%.
- e) Procedimentos Especiais a nível ambulatorial, no percentual de 20%.

23. FRANQUIAS

Por ocasião das internações, o beneficiário titular e seus dependentes pagarão a título de franquias variáveis conforme contratação, os valores dos eventos:

Despesa com Internação	Franquia plano com limitador de 20%
Até R\$ 500	R\$ 100,00
De R\$ 501 a R\$ 750	R\$ 150,00
De R\$ 751 a R\$ 1.000	R\$ 200,00
De R\$ 1.001 a R\$ 1.500	R\$ 300,00
De R\$ 1.501 a R\$ 2.000	R\$ 400,00
De R\$ 2.001 a R\$ 2.500	R\$ 500,00
De R\$ 2.501 a R\$ 3.000	R\$ 600,00
De R\$ 3.001 a R\$ 3.500	R\$ 700,00
De R\$ 3.501 a R\$ 4.000	R\$ 800,00
De R\$ 4.001 a R\$ 4.500	R\$ 900,00
De R\$ 4.501 a R\$ 5.000	R\$ 1.000,00
De R\$ 5.001 a R\$ 6.250	R\$ 1.250,00
De R\$ 6.251 a R\$ 7.500	R\$ 1.500,00
De R\$ 7.501 a R\$ 8.750	R\$ 1.750,00
De R\$ 8.751 a R\$ 10.000	R\$ 2.000,00
Acima de R\$ 10.000	R\$ 5.000,00

23.1. Os valores da tabela acima será reajustado anualmente, tendo como base o mesmo reajuste das contraprestações pecuniárias.

24. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

24.1. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet.

24.2. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- c) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

24.3. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

24.4. A substituição de prestadores não hospitalares, seguirá os normativos vigentes da ANS, e estará disponível no site da operadora para consulta do beneficiário.

25. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Código da Identificação: DIJ0004775

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

25.1. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

25.2. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

25.3. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

25.4. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

25.5. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

25.6. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

25.7. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

25.8. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

26. REAJUSTE

POOL DE RISCO SEM SUB-AGRUPAMENTO

26.1. Este contrato poderá integrar o agrupamento de contratos com até 30 beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

26.1.1. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

26.1.2. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

26.1.3. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 26.2.

26.1.4. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 26.3.

26.1.5. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC- (Reajuste de Planos Coletivos), e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

26.2. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

26.2.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo). Este será apurado no período de 12 meses consecutivos anteriores ao mês de renovação.

26.2.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 26.2.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

26.2.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

26.2.2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos anteriores ao mês de renovação.

26.2.2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

26.2.2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 26.2.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 26.2.1, e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

26.3. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

26.3.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPCA. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 2 (dois) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

26.3.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 26.3.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

3.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir:

26.3.2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

26.3.2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

26.3.2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 26.3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 26.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

26.4. No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará à contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens 26.2 e 26.3 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

26.5. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

26.6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

26.7. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

26.8. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

27. FAIXAS ETÁRIAS

Código da Identificação: DIJ0005810

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas).

27.1. PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	22,12%
24 a 28 anos	33,72%
29 a 33 anos	11,41%
34 a 38 anos	09,83%
39 a 43 anos	17,28%
44 a 48 anos	06,97%
49 a 53 anos	30,24%
54 a 58 anos	51,35%
59 ou mais	19,69%

28. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Código da Identificação: DIJ0005864

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

28.1 A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

28.2. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses).

28.3. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- Indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou
- À razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a 10 (dez) anos.

28.4. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

28.5. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

28.6. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

28.7. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

28.8. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

28.9. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

28.10. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

28.11. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

28.12. Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar.

28.13. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

29. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Código da Identificação: DIJ0000667

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

29.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) Pela rescisão do presente contrato;
- b) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

29.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) Pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) A pedido do beneficiário titular;
- c) Fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

29.3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

29.4. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nas seguintes hipóteses:

- a) Fraude;
- b) Por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

30. RECISÃO/SUSPENSÃO

Código da Identificação: DIJ0004603

O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do (s) BENEFICIÁRIO (S) TITULAR (ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

30.1. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quinqüagésimo) dia da inadimplência.

- c) Por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
- d) Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

30.2. Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a) Quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
- b) Imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor 50% (cinquenta por cento) das mensalidades restantes para se completar este período.

30.3. Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

30.4. É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

31. DISPOSIÇÕES GERAIS

Código da Identificação: DIJ0004940

Integram este contrato, para todos os fins de direito, Termo de adesão e Contrato assinado pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e a Declaração de oferecimento do Plano Referência.

31.1. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

31.2. A CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

31.3. Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

31.4. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

31.5. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

31.6. Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o (a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 12,00 (doze reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

31.7. É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

31.8. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

31.9. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados, devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

31.10. Estão disponíveis na sede da CONTRATADA, os instrumentos legais que regulamentam a legislação pertinente aos Planos de Saúde, em especial:

- a) A Lei nº 9.656, consolidada com as Medidas Provisórias;
- b) Resoluções aplicáveis expedidas pela ANS;
- c) Rol de Procedimentos Anexo às Resoluções expedidas pela ANS;
- d) A CID-10.

31.11. A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, imediata e integralmente, todas as despesas e/ou indenizações decorrentes dos atos ilícitos e infrações aos termos deste contrato, cometidos por si e/ou pelos dependentes, sejam por dolo ou culpa.

31.12. Fica expressamente convencionado que a CONTRATADA terá o direito de sub-rogar-se, em nome do CONTRATANTE ou de seus beneficiários, até o limite das suas efetivas despesas, na pretensão de indenização, junto a pessoas físicas, pelos danos por essas causado, em virtude do cometimento de atos ilícitos.

31.13. São intransferíveis, a qualquer título e sob qualquer fundamento que seja os direitos emanados deste contrato.

31.14. Qualquer concessão praticada pela operadora contratada no tocante a cobertura deste plano, não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pela CONTRATANTE e/ou dependente.

31.15. A CONTRATANTE admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução, referente a valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, relacionados com este contrato.

31.16. São adotadas as seguintes definições:

- a) ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- b) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
- c) AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- d) ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.
- e) ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.
- f) ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.
- g) BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.
- h) CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.
- i) CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
- j) CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- k) COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- l) COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
- m) CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- n) DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.
- o) DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- p) DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
- q) DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- r) DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.
- s) EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.
- t) EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- u) FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.
- v) MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.
- w) MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.
- x) ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- y) PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- z) PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- aa) PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.
- bb) TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.
- cc) URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

32. ELEIÇÃO DO FORO

As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante as duas testemunhas, para que produzam os seus regulares efeitos.

