



Prezado Cliente,

Parabéns! É uma grande honra tê-lo como nosso cliente!

O MEMORIAL SAÚDE nasceu em 1998, de um conceito de plano de saúde totalmente diferenciado: que atendesse às reais necessidades da população carioca, de forma eficiente e abrangente. Devidamente registrado na ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), é considerado líder de mercado no segmento de plano de saúde ambulatorial e está presente no Estado do Rio de Janeiro, no Município do Rio de Janeiro, Belford Roxo, Maricá, Niterói, Nova Iguaçu, São Gonçalo, Queimados, São João de Meriti, Duque de Caxias e Nilópolis .

A partir deste momento você faz parte de um grupo especial formado por mais de 150 mil pessoas que escolheram uma forma inteligente de cuidar da sua saúde.

Profissionalismo e atitude são nossas características. Contamos com sua participação para melhorar a qualidade dos nossos serviços.

Para tornar mais fácil a sua integração com nossa empresa preparamos este material. Ele contém todas as informações necessárias para a compreensão do plano de saúde contratado. Uma leitura atenta a estas orientações lhe proporcionará tranquilidade e confiança.

Conte sempre com a Memorial!

Dr. Pasquale Caruana
Superintendente



**Produto Coletivo Empresarial
LEI 9656/98 artigos 10 § 2º e 12 § 2º**

**Plano Referência Oferecido: Plano Referência Coletivo Empresarial
Registro ANS nº445.812/03-5**

Pela presente declaro que me foi oferecido pela Memorial Saúde Ltda., inscrita sob o CNPJ N° 02.902.680/0001-64, e registrada na Agência Nacional de Saúde sob o n° 373010 o plano referência, denominado Plano Referência Coletivo Empresarial, com cobertura assistencial na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, registrado junto à ANS sob o n° 445.812/03-5, conforme determina a Lei 9656/98 nos artigos 10 parágrafo 2º e 12 parágrafo 2º.

Após os esclarecimentos prestados, tomei conhecimento do produto, mas optei pelo plano Individual de segmentação ambulatorial ora contratado

Declaro ainda, para os devidos fins e a quem possa interessar que tenho ciência que o plano ambulatorial adquirido não possui cobertura para internação e cirurgias hospitalares.



Prezado (a) Beneficiário

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, entidade que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão, defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carência contratuais.
- No caso do CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade PAC (tomografia, ressonância, etc*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

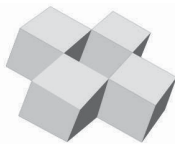
AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, não poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é a carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e eventos em saúde da ANS através do endereço eletrônico: www.ans.gov.br - **Perfil beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - **Perfil beneficiário**.



MEMORIAL SAÚDE

Operadora: **MEMORIAL SAÚDE**

CNPJ: **02.902.680/0001-64**

Nº de Registro na ANS: **37.301-0**

Site: www.memorial-saude.com.br

Tel.: **(21) 3899-6767**

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão Público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde.

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de uma vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas às eventuais carências.

A operadora de plano de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN 162/07

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.

MECANISMO DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS, antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivo ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O BENEFICIÁRIO tem um prazo máximo de 30 dias, após o seu desligamento para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O BENEFICIÁRIO assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício do plano de saúde extinto terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contração individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do beneficiário, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e urgência/emergência integral após 24hs, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estados(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for o plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informa-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



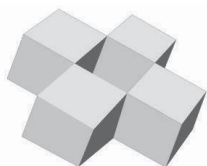
**Ministério
da Saúde**



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP.: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



MEMORIAL SAÚDE

Operadora: **MEMORIAL SAÚDE LTDA.**

CNPJ: **02.902.680/0001-64**

Nº de Registro na ANS: **37.301-0**

Nº de Registro do produto: **493.759/22-7**

Site: **<http://www.memorial-saude.com.br>**

Tel.: **(21) 2187-8787**

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	3
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	3
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	3
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	5
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	7
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	10

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	9
MECANISMO DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	14
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	9
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	25
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	19
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	22

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deverá contatar a operadora.. Permanecendo dúvidas, poderá consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

**Registro ANS nº 493.759/22-7**

S U M Á R I O		
Cláusula	Assunto	Página
Primeira	Qualificação da Operadora	2
Segunda	Atributos do Contrato	2
Terceira	Nome Comercial e Nº de Registro na ANS	3
Quarta	Tipo de Contratação	3
Quinta	Segmentação Assistencial do Plano de Saúde	3
Sexta	Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde	3
Sétima	Área de Atuação do Plano de Saúde	3
Oitava	Padrão de Acomodação	3
Nona	Formação de Preço	3
Décima	Condições de Admissão	3
Décima Primeira	Coberturas e Procedimentos garantidos	5
Décima Segunda	Exclusões de Coberturas	7
Décima Terceira	Da Vigência e Renovação Contratual	9
Décima Quarta	Período de Carência	9
Décima Quinta	Doenças e Lesões Preexistentes	10
Décima Sexta	Atendimento de Urgência e Emergência	12
Décima Sétima	Mecanismo de Regulação	14
Décima Oitava	Formação de Preço e Mensalidade	18
Décima Nona	Reajuste	19
Vigésima	Faixa Etária	21
Vigésima Primeira	Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos	22
Vigésima Segunda	Condições da Perda e da Qualidade de Beneficiário	24
Vigésima Terceira	Rescisão e Suspensão do Contrato	25
Vigésima Quarta	Disposições Gerais	26
Vigésima Quinta	Eleição do Foro	30

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL PREMIUM FRANQUIA REGISTRO ANS Nº 493.759/22-7

Registro ANS nº 493.759/22-7

Pelo presente instrumento particular, de prestação de serviços médicos ambulatoriais, as partes abaixo qualificadas, assinam o presente contrato, no qual a CONTRATADA se obriga na prestação da assistência médica ambulatorial aos BENEFICIÁRIOS da CONTRATANTE, que a ela se vinculam em caráter empregatício ou estatutário.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

Nome Comercial: **PREMIUM FRANQUIA**

Nº de Registro do Plano na ANS: 493.759/22-7

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Ambulatorial

Fator Moderador: Franquia

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de Municípios

Área de Atuação do Plano de Saúde: Municípios de Belford Roxo/RJ; Maricá/RJ; Niterói/RJ; Nova Iguaçu/RJ; Rio de Janeiro/RJ; São Gonçalo/RJ; Queimados/RJ; São João de Meriti/RJ; Duque de Caxias/RJ; e Nilópolis/RJ.

Padrão de Acomodação em Internação: Não há

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Serviços e Coberturas Adicionais: Não há

CLÁUSULA PRIMEIRA – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

MEMORIAL SAÚDE LTDA, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na Av. Dom Hélder Câmara, 5.555 sobreloja e loja D, Del Castilho, Rio de Janeiro-RJ, inscrita no CNPJ n.º 02.902.680/0001-64, CEP: 20.771.001, classificada como sociedade de medicina de grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nº 37.301-0, conforme a Lei nº 9656/1998.

CLÁUSULA SEGUNDA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde no Segmento Médico Ambulatorial, 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 11, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

2. 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.

3. Este contrato objetiva cobrir serviços de assistência médica, ambulatorial e tratamentos, diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e a recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

CLÁUSULA TERCEIRA – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

1. O presente contrato refere-se ao plano de saúde denominado **PREMIUM FRANQUIA** cujo nº de registro junto à Agência Nacional de Saúde é nº **493.759/22-7**.

CLÁUSULA QUARTA – TIPO DE CONTRATAÇÃO

1. A modalidade contratada é identificada como Coletivo Empresarial e destina-se à Pessoa Jurídica, onde a cobertura da atenção prestada à população é delimitada e vinculada ao CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, podendo ainda ser incluído no plano os dependentes legais devidamente inscritos e autorizados na Proposta de Adesão.

CLÁUSULA QUINTA – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

1. A segmentação contratada é AMBULATORIAL e não contempla internação hospitalar.

CLÁUSULA SEXTA – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

1. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica na Área de Abrangência definida como Grupo de Municípios.

CLÁUSULA SÉTIMA – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

1. Este contrato possui como área de atuação os seguintes municípios do estado do Rio de Janeiro: Belford Roxo – Maricá – Niterói - Nova Iguaçu - Rio de Janeiro - São Gonçalo – Queimados - São João de Meriti - Duque de Caxias – Nilópolis.

CLÁUSULA OITAVA – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

1. Por se tratar de Plano de Segmento exclusivamente AMBULATORIAL, não há cobertura para internação hospitalar em nenhum padrão de acomodação ou regime de atendimento, eletivo ou urgência/emergência.

CLÁUSULA NONA – FORMAÇÃO DE PREÇO

1. O valor da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pelo CONTRATANTE, e seus BENEFICIÁRIOS, pertinente à cobertura assistencial contratada, baseia-se no sistema pré-estabelecido, no qual o valor da mensalidade é previamente definido independentemente da utilização ou não do plano, devendo ser pago no início do mês de cobertura.

CLÁUSULA DÉCIMA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

São considerados BENEFICIÁRIOS deste contrato todos aqueles comprovadamente elegíveis pelos critérios da Resolução Normativa nº 195/2009 e que forem expressamente nomeados pela CONTRATANTE e cadastrados pela Operadora, mediante lista de funcionários, devidamente preenchida com os dados cadastrais, telefone e endereço residencial e de e-mail, além das demais normas estabelecidas nesse contrato.

1. Poderão ser incluídos como BENEFICIÁRIOS TITULAR as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo com a CONTRATANTE:

I - a população delimitada e vinculada à Pessoa Jurídica por relação empregatícia ou estatutária;

II - os sócios da pessoa jurídica contratante;

III - os administradores da pessoa jurídica contratante;

IV - os trabalhadores temporários;

V - os agentes políticos;

VI - os estagiários e menores aprendizes;

2. Podem ser inscritos como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, podendo ser incluído no mesmo plano do BENEFICIÁRIO TITULAR, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação TITULAR, os seguintes dependentes:

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 até 39 anos, 11 meses e 29 dias;

d) Os tutelados e os menores sob guarda provisória ou permanente autorizados judicialmente;

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

4. Sem prejuízo a eventual direito de portabilidade previsto na regulamentação em vigor, os filhos que ultrapassarem a idade limite (39 anos, 11 meses e 29 dias) serão automaticamente excluídos da relação de dependência, podendo, a partir daí, contratar outro Plano, aproveitando as carências já cumpridas, desde que permaneçam as mesmas condições do plano no qual foi desligado, se solicitado no prazo de 60 dias do desligamento.

5. É assegurada a inscrição do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

6. Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

7. Sem prejuízo de outras hipóteses isenção/aproveitamento de carências estabelecidas pela regulamentação, o cônjuge do BENEFICIÁRIO TITULAR poderá ser inscrito com aproveitamento dos períodos de eventuais carências já cumpridas por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e sua inscrição ocorrer prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

8. A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará o cumprimento integral dos períodos de carência.

9. A CONTRATANTE deverá por ocasião da contratação do plano de saúde encaminhar à CONTRATADA:

a) Cópia do Contrato Social com a última alteração;

b) Cartão do CNPJ;

c) Comprovante de Endereço e telefone;

d) Relação dos funcionários inscritos no FGTS ou outro documento que comprove o Vínculo do titular com a CONTRATANTE.

10. É de responsabilidade da CONTRATANTE, manter atualizada, através do Formulário

Cadastral, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, e as informações indicadas nos formulários, tais como: CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe, endereço do beneficiário titular, profissão, telefone & e-mail.

11. Para empresas com mais de 29 vidas, a Adesão dos Beneficiários Titulares e Dependentes, poderá ser feita através do sistema de preenchimento de Planilha Eletrônica. Para estes casos ficará a empresa CONTRATANTE obrigada a enviar os documentos de identificação dos Beneficiários, bem como qualquer outro necessário à prova de elegibilidade, sempre que houver solicitação da CONTRATADA.

12. A CONTRATANTE se obriga a informar à CONTRATADA e promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais, no prazo de até 30 (trinta) dias, da ocorrência de qualquer alteração na qualificação/condição dos BENEFICIÁRIOS, tais como: nascimento ou casamento, demissão ou admissão de novo empregado.

13. O início da vigência do plano para o BENEFICIÁRIO incluído no curso do contrato do plano escolhido se dará a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído, devendo ser observados os prazos de carência estipulados na cláusula das Carências.

14. As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão ao previsto neste contrato e seus termos aditivos.

15. Não serão permitidas inclusões de BENEFICIÁRIOS que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a CONTRATANTE.

16. As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de demissão, aposentadoria, falecimento, separação, a pedido do próprio titular e em razão da perda das condições de elegibilidade, as quais implicarão a perda imediata do direito à cobertura do atendimento. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por BENEFICIÁRIO excluído do contrato será de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, ficando a CONTRATADA autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança à mesma dos custos incorridos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada e credenciada da CONTRATADA, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-11, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

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

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

3. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios e todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais

codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/11ª Revisão - CID - 11, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

4. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local e das circunstâncias.

A cobertura ambulatorial compreende:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a.1). Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) 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, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

e) Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de

atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento para a segmentação ambulatorial; respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficiência, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional -DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definidos pelo órgão competente-ANVISA.

j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

l) Hemoterapia ambulatorial;

m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até - 4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, e as demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

1. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

2. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
3. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
5. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
6. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
7. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estações de tratamento de águas minerais, centros de recuperação para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
8. Transplantes de qualquer natureza;
9. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica);
10. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
11. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial;
12. Fornecimento de próteses, órteses de qualquer natureza, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;
13. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
14. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
15. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

16. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
17. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
18. Aparelhos ortopédicos;
19. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
20. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano.
21. Cirurgia para mudança de sexo;
22. Avaliação pedagógica;
23. Orientações vocacionais;
24. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
25. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
26. Remoção domiciliar;
27. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
28. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
29. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO CONTRATUAL

1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 meses, contados da data de sua assinatura. 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.

2. Será adotada a data da assinatura do contrato como base para aplicação do reajuste anual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – PERÍODO DE CARÊNCIA

1. Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT), correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

2. Para os contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS no momento do ingresso de um novo beneficiário, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que a solicitação de inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação do beneficiário à CONTRATANTE. Após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias supramencionado, a inclusão de beneficiários ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência.

Itens	Grupo	Procedimentos	Carências Contratuais
A	Exames Complementares	Emergências e urgências, conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98.	24h
	Casos Clínicos e Cirúrgicos Ambulatoriais	Emergências e urgências, conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98.	24h
	Serviços Auxiliares	Emergências e urgências, conforme Artigo 12, Inciso V da Lei 9.656/98.	24h
B	Consultas Médicas Eletivas	Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.	7 dias
	Procedimentos Ambulatoriais	Análises Clínicas, com exceção dos procedimentos listados no item F ; Nebulizações; Lavagem auricular; Sutura de ferimentos; Drenagem de abscessos; Imobilizações; Engessamentos; Curativos ambulatoriais; Eletrocardiograma convencional.	30 dias
C	Exames Complementares	Eletroencefalograma convencional; Radiologia simples; Citopatologia (Preventivo do câncer ginecológico); Procedimentos diagnósticos e terapêuticos, com exceção dos procedimentos listados nos itens D, E e F.	60 dias
D	Casos Clínicos e Cirúrgicos Ambulatoriais	Terapias ambulatoriais, tais como fisioterapia, acupuntura, nutrição, terapia ocupacional, psicomotricidade, psicopedagogia, fonoterapia, psicoterapia; Infiltrações; Testes Alérgicos; Provas Imunoalérgicas; Ultrassonografia em geral; Ultrassonografia obstétrica; Audiometria; Urodinâmica; Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, com exceção dos procedimentos descritos nos itens E e F;	120 dias
E	Casos Clínicos e Cirúrgicos Ambulatoriais	Endoscopia digestiva; Ecocardiografia uni e bidimensional com doppler; Radiologia contrastada; Holter; Mapa 24 horas; Teste ergométrico; Teste de função pulmonar; Exames com doppler; Neurofisiologia, tais como eletroneuromiografia e potencial evocado; Exames anatomopatológicos; Mamografia; Biópsias e punções; Cardiotocografia.	150 dias
F	Casos Clínicos e Cirúrgicos Ambulatoriais	Todos os procedimentos classificados como PAC no rol da ANS; Exames genéticos; Cirurgias oftalmológicas; Quimioterapia e radioterapia ambulatorial; Hemoterapia ambulatorial; Exames e terapias que utilizam medicina nuclear; Ressonância Magnética; Tomografia computadorizada; Tomografia de coerência óptica; mapeamento cerebral; Densitometria óssea; termoterapia; Laserterapia; Diálise peritoneal e hemodiálise; Angiografia; Laparoscopia diagnóstica; Laparoscopia biópsia hepática; Artrocentese; Histeroscopia diagnóstica e cirúrgica; Radiocirurgia; Qualquer outro procedimento coberto não previsto nos itens anteriores.	180 dias

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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 da 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 9656/1998.

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 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa Vigentes.

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.

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.

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 assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

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.

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 vista à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

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 procedimentos de alta complexidade ou cirurgias ambulatoriais, 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.

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.

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.

11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade e cirurgias ambulatoriais, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

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.

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. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei 9656/1998.

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.

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

17. 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.

18. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação. Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

19. 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 seria objeto de CPT, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

20. 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.

21. Para os contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS no momento do ingresso de um novo beneficiário, não se aplicará as disposições desta cláusula para o beneficiário que solicitar sua inscrição em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato ou da vinculação do beneficiário à CONTRATANTE. Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. A CONTRATADA garantirá 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.

1.1. A cobertura deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, e será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas em Regime de Pronto Atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

2. DA REMOÇÃO

1.1 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 de da atenção ao paciente; e

II- para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando atingido o limite de 12 (doze) horas de atendimento ou no momento em que se caracterizar a necessidade de internação, o que ocorrer primeiro.

3. DA REMOÇÃO PARA O SUS

3.1 À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

3.3 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.

3.4 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da Unidade SUS para a qual a Operadora iria removê-lo por dispor dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

4. DO REEMBOLSO

4.1 O presente contrato garante o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a tabela de preço de serviços médicos ambulatoriais praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

4.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação (se houver), no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos originais exigidos.

4.3 O reembolso será efetuado dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais,

a) O relatório do médico assistente onde somente poderá ser exigida tal declaração do médico assistente, nos casos de emergência, atestando a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento;

b) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

c) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

4.4 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o

atendimento, e desde que realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

4.5 Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à CONTRATADA diretamente em sua sede ou em um endereço local indicado por ela no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico sob pena de perda do direito após esta data.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – MECANISMO DE REGULAÇÃO

1. A CONTRATADA fornecerá aos BENEFICIÁRIOS o Cartão Individual de Identificação (que poderá ser físico ou virtual, conforme o caso), com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos beneficiários.

2. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos Cartões de Identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do BENEFICIÁRIO, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá a CONTRATANTE assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual uso indevido dos serviços.

3. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos BENEFICIÁRIOS que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam BENEFICIÁRIOS.

4. O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer BENEFICIÁRIO, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

5. Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, a CONTRATANTE deverá comunicar o fato à CONTRATADA, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

6. Quando do envio da segunda via do Cartão Individual de Identificação, será cobrada uma taxa (equivalente a taxa de adesão prevista na Proposta de Adesão) referente a essa emissão.

7. Somente terão direito aos serviços ora contratados os BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos.

8. O GUIA do USUÁRIO, contendo a relação de prestadores de serviços assistenciais à saúde próprios e credenciados pela CONTRATADA, é constantemente atualizado no portal da CONTRATADA na Internet (www.memorial-saude.com.br) e fica permanentemente à disposição do CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO, tanto para consulta como para impressão. Fica ainda o GUIA do USUÁRIO, a disposição do CONTRATANTE e/ou BENEFICIÁRIO, no horário comercial, nas lojas de atendimento ao cliente. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9. Informações sobre a rede de serviços credenciada podem também ser obtidas no SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente da CONTRATADA, que funciona 24 (vinte e quatro) horas por

dia todos os dias do ano através dos telefones: 2187-8787 e 0800-7048707 ou ainda pelo e-mail: sac@memorial-saude.com.br.

10. A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

11. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao BENEFICIÁRIO 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 em vigor.

12. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

13. É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de consultas, exames e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

14. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

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

14.1.1. Não se confunde com autorização prévia a identificação pessoal do Beneficiário promovida pelo prestador no momento do atendimento, seja por meio eletrônico (como biometria) e/ ou físico (por meio de assinatura), que será realizada em qualquer caso de atendimento eletivo ou de urgência/emergência.

14.2. O pedido médico deverá ser apresentado à Loja de Atendimento da CONTRATADA ou por meio do site (www.memorial-saude.com.br) ou aplicativo da CONTRATADA, quando disponíveis, que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo estabelecido pela regulamentação, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

14.3. São passíveis de autorização prévia, mediante solicitação nas Agências de Atendimentos ou por meio do site (www.memorial-saude.com.br) ou aplicativo da CONTRATADA, quando disponíveis, os exames e procedimentos abaixo listados, além dos identificados como Alta Complexidade, listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde.

14.4. São ainda passíveis de Autorização Prévia, todos os procedimentos ambulatoriais solicitados por médico (a) não credenciado (a) pela Memorial Saúde e Todos os exames e/ ou procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico e/ou sedação, e/ou anestesia, desde que sejam eletivos.

14.5. São ainda passíveis de autorização prévia:

Pulções e Biópsia, Provas e Testes Alérgicos;

Teste ergométrico Eletrocardiografia dinâmica Ecocardiograma

Exames e/ ou tratamento por hemodinâmica cobertos pelo plano ambulatorial Monitorização ambulatorial de pressão arterial

Exame de anatomia patológica e citopatológica

Eletroencefalografia e neurofisiologia e eletromiografia

Endoscopia diagnóstica e/ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário Fisioterapia

Exames citogenéticos Transfusão sanguínea eletiva Pesquisa de HIV

Biópsias

Dosagens hormonais Provas ventilatorias Quimioterapia e/ou radioterapia
Exames e/ou tratamento de medicina nuclear e por radioimunoensaio Radiodiagnóstico contrastado
Radiologia intervencionista Ultrasonografia Densitometria óssea Tomografias computadorizadas
Ressonância Magnética
Exames e/ou procedimentos otorrinolaringológico eletivo Exames e/ou procedimentos urológicos eletivos
Exames e/ou procedimentos ginecológicos eletivos Hemodiálise e/ou diálise peritoneal
Mamografia
Cirurgias Ambulatoriais

14.6. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente 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 CID.

14.7. Caso a documentação não contenha todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da guia de autorização prévia, a CONTRATADA poderá requisitar ao CONTRATANTE ou médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o BENEFICIÁRIO obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.

14.8. Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao BENEFICIÁRIO, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

14.9. Havendo dúvida a respeito das autorizações, o BENEFICIÁRIO deverá entrar em contato com o SAC, através do tel.: 2187.8787 – 0800 704 8707 ou ainda através do e-mail: sac@memorial-saude.com.br.

14.10. As autorizações emitidas pela CONTRATADA terão validade de 60 dias. Caso o procedimento autorizado não seja realizado neste período, o Beneficiário deverá obrigatoriamente requerer junto a CONTRATADA a liberação de nova senha de autorização, observando todo o procedimento previsto nesta cláusula para autorização prévia.

15. DA JUNTA MÉDICA

15.1. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

15.2. Caso o BENEFICIÁRIO escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do BENEFICIÁRIO.

15.3. Identificada a divergência a CONTRATADA deverá contatar o profissional requisitante informando da instauração da junta médica e indicando os nomes para escolha do médico desempatador. Nos termos da regulamentação, o profissional requisitante deverá responder a indicação da CONTRATADA no prazo de 48 (quarenta e oito) horas. Na ausência de resposta no prazo, considera-se aceito o médico desempatador indicado/escolhido pela CONTRATADA.

15.4. Nos casos de urgência ou emergência, o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

16. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos BENEFICIÁRIOS com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

17. Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, constantes no GUIA DO USUÁRIO, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

18. MEIOS DE DIVULGAÇÃO

18.1. O BENEFICIÁRIO receberá o MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE, o Guia de Leitura Contratual, a CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO, o INFORMATIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CONTRATO e uma via deste instrumento, os quais conterão no mínimo:

- prazos de carência;
- vigência contratual;
- critérios de reajuste;
- segmentação assistencial; e
- abrangência geográfica.

18.2. Também poderá acessar o site da CONTRATADA (www.memorial-saude.com.br) para o mesmo fim ou para outras informações pertinentes às mensalidades, procedimentos utilizados e outros serviços médicos.

18.3. Para dirimir dúvidas a respeito do seu plano, para marcação, autorização e orientações, o BENEFICIÁRIO, além do site da CONTRATADA, poderá fazê-lo por meio do aplicativo da CONTRATADA, pelo SAC da Operadora, pelos telefones 2187.8787 – 0800 704 8707 ou ainda pelo e-mail sac@memorial-saude.com.br.

18.4. A CONTRATADA reserva-se o direito de cancelar os serviços credenciados de médicos, laboratórios e demais atendimentos, obrigando-se a nomear novos serviços de atendimento do mesmo padrão.

19. DO FATOR MODERADOR – FRANQUIA

A Franquia é um mecanismo de regulação aprovado pela Agência Nacional de Saúde, regulado Através da CONSU Nº 8 de 1998 e consiste no valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

Este contrato prevê a participação do Beneficiário no pagamento de cada procedimento. E por não ser de responsabilidade contratual da operadora este valor será pago diretamente ao prestador da rede própria ou credenciada no ato da utilização do serviço.

TABELA DA FRANQUIA EM VALOR UNITÁRIO

Itens	Procedimentos	Unidade Memorial*
1	Consultas ambulatoriais em todas as especialidades	5
2	Todos os atendimentos de urgência entendida como Acidentes Pessoais ou complicações no processo Gestacional.	0
3	Terapia ambulatorial e exames ambulatoriais que não entram na listagem de alta complexidade, sendo que a franquia será por evento unitário.	2
4	Terapia ambulatorial e exames na listagem de alta complexidade que necessitam de autorização prévia.	20

*Valor da Unidade Memorial (U.M) vide (Tabela de Venda)

O valor da Franquia (U.M) será corrigido na periodicidade do índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde ou, na sua ausência, por índice que o substitua.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

1. O valor da contraprestação pecuniária baseia-se no sistema pré-pagamento a ser efetuada pela CONTRATANTE à CONTRATADA, no local, forma e nos prazos fixados, sendo a mensalidade calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos e suas características de distribuição por faixa etária.

2. As faturas referentes aos serviços mensais prestados, emitidas pela CONTRATADA, deverão ser pagas pela CONTRATANTE quando do seu vencimento, ou seja, nos dias 10 (dez), 20 (vinte) ou 28 (vinte e oito) do mês da competência da prestação dos serviços, conforme vencimento preestabelecido por ambas as partes, salvo a fatura inicial cujo vencimento será 05 (cinco) dias da sua apresentação.

3. A 1ª (primeira) fatura do Contrato, levará em conta o número de USUÁRIOS constantes da Relação Inicial. As movimentações (inclusões e/ou exclusões) ocorridas neste período serão consideradas a partir dos próximos faturamentos.

4. As demais faturas serão processadas sempre 30 (trinta) dias antes do vencimento de cada mês, com base na posição do cadastro de USUÁRIOS em poder da CONTRATADA e sempre tomando como referência o mês da competência da prestação dos serviços, sendo que eventuais acertos serão processados no faturamento do mês seguinte.

5. Os pagamentos deverão ser feitos até a data de seu vencimento na rede bancária indicada pela CONTRATADA, ou outros locais, também por ela indicados, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer outro documento determinado pela CONTRATADA. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

6. O não recebimento da fatura, boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATADA de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

7. As faturas correspondentes a serviços não cobertos que eventualmente sejam garantidos pela CONTRATADA (seja por força judicial posteriormente revertida; fraude; uso indevido do plano; dentre outras), deverão ser pagas dentro de 5 (cinco) dias de sua apresentação, desde que sejam justificadas pela CONTRATADA, que deverá fornecer todos os comprovantes necessários para a cobrança.

8. O pagamento da fatura, após o vencimento, ficará sujeito à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso e juros de 1% (um por cento) ao mês.

9. O pagamento total dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

10. Não haverá distinção quanto ao valor de contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles que já estejam vinculados.

11. A tabela de custo em faixa etária e a participação do empregador no pagamento da mensalidade dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES será fixada em Termo Aditivo a este contrato.

12. A partir da tabela de custo em faixa etária e dos critérios de custeio estabelecidos entre as partes, os valores das mensalidades no Termo Aditivo acima poderão ser fixados em preço único (per capita) ou preço por faixa etária. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere a fatura mensal.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – REAJUSTE

20.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

20.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

20.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

20.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como segunda via do Cartão Individual de Identificação e coparticipações, se houver, em valor ou percentual), **serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.**

20.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

20.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

20.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 (trinta) beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

20.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

20.9 No mês de março de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

20.10 Do índice de reajuste para contratos agrupados (até 29 beneficiários)

20.10.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela **CONTRATADA**, divulgado em seu *site*, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do Índice de Reajuste estabelecido pela ANS para os planos Individuais/familiares, acumulada no período de março do exercício antecedente a fevereiro do exercício da divulgação do índice de reajuste.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos sub-agrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos sub-agrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

20.10.2 Os percentuais de reajuste definidos, que serão os percentuais máximos obtidos conforme fórmula acima, serão divulgados no site da **CONTRATADA** até o 1º (primeiro) dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir da data de aniversário de cada contrato (aniversário ocorrido entre maio da divulgação do índice e abril do ano seguinte).

20.10.3 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA** optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pela **CONTRATADA** é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-agrupamento.

20.10.4 Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

20.11 Do índice de reajuste para contratos não agrupados (30 ou mais beneficiários)

20.11.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IGPM, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 2 meses em relação ao aniversário deste Contrato, sendo que **na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.**

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

20.11.2 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA**, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a **CONTRATANTE**.

20.11.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – FAIXA ETÁRIA

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 da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

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

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	36,36%
24 a 28 anos	0,00%
29 a 33 anos	0,00%
34 a 38 anos	6,67%
39 a 43 anos	6,24%
44 a 48 anos	29,42%
49 a 53 anos	17,53%
54 a 58 anos	20,16%
59 ou mais	41,61%

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 sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas;

III. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

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

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 CONTRATADA o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 488, de 2022, e suas posteriores alterações.

1.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo PLANO.

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

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

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

3. A manutenção da condição de beneficiário pode ser estendida, a critério exclusivo do titular, 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 todo/parte do seu grupo familiar.

4. 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;

5. 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 488, de 2022);

6. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes inscritos no plano pelo restante do tempo a que faria jus o titular, desde que assumam as obrigações financeiras decorrentes;

7. 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;

8. 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 488, de 2022, 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 coletiva empresarial, coletiva por adesão ou de autogestão;
- c)** pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedida aos seus empregados ativos e ex-empregados;

9. É assegurado ao beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade de carências, nos termos previstos na regulamentação vigente;

10. 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 488, de 2022, e suas posteriores alterações.

10.1. É assegurado aos Beneficiários dependentes já inscritos no plano o direito de se manterem no plano, pelo mesmo tempo a que faria jus o Titular, caso o Beneficiário Titular aposentado vier a falecer antes de exercer o direito de manutenção, desde que os dependentes assumam as obrigações financeiras decorrentes.

11. O pagamento realizado a título de coparticipação não caracteriza contribuição para o plano a fim de garantir o direito de manutenção.

12. CONTRIBUIÇÃO - PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

12.1. Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato.

12.2. Para fins de apuração dessa contribuição, também se considera como tal o pagamento de valor fixo assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

12.3. O titular que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

12.4. Ainda que no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria o ex-empregado não esteja realizando o pagamento de contribuição, são assegurados ao mesmo os direitos previstos nos artigos 30 e 31, na proporção de sua efetiva contribuição, desde que esteja inscrito no plano no momento da perda do vínculo.

13. DO CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

13.1. No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecida 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;
- Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a)** solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b)** perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c)** perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d)** inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA;
- e)** situações decorrentes das políticas internas da CONTRATANTE.

1.1. Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

2. Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a)** se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b)** se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c)** se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d)** por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e)** se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

3. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

4. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a)** em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b)** perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998;
- c)** perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d)** quando o beneficiário solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, nos termos da regulamentação.

5. O Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma

e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

6. Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

7. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

8. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o CONTRATANTE/Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

9. Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pelo CONTRATANTE/Beneficiário para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

10. A CONTRATANTE obriga-se a proceder à devolução do cartão de identificação destinado ao uso do sistema, pertencente ao (s) BENEFICIÁRIO (s) excluído (s).

10.1 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a exclusão do Beneficiário do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

11. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou exclusão, estando o beneficiário em período de internação, compromete-se a CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário.

12. É responsabilidade do CONTRATANTE comunicar, com antecedência, ao beneficiário inscrito no plano a sua exclusão.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO

SUSPENSÃO DO CONTRATO

A CONTRATANTE, em atraso de pagamento superior a 30 (TRINTA) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias, fica com o direito à cobertura suspensos para todos os benefícios contratuais.

RESCISÃO DO CONTRATO

1. Para fins de rescisão do contrato fica certo entre as partes que: O presente contrato poderá ser extinto por qualquer das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses.

2. O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela CONTRATADA, a qualquer tempo, nos seguintes casos:

- a)** caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo;
- b)** ou no caso de fraude e/ou dolo da CONTRATANTE;

- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) Perda da personalidade jurídica da CONTRATANTE, baixa ou inaptação de seu CNPJ (ou equivalente);
- e) Falência, insolvência civil, ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da CONTRATANTE.

3. Fica garantido à CONTRATADA o uso dos recursos legais necessários para cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

4. O contrato estará automaticamente extinto, se o número de BENEFICIÁRIOS inscritos se tornar inferior a 2 (DOIS) BENEFICIÁRIOS, ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultado aos BENEFICIÁRIOS a transferência para um produto individual, contudo, nas bases e condições vigentes para o respectivo novo plano, inclusive com relação a preço, que não tem qualquer correlação com as condições do plano coletivo tratado neste contrato.

5. Poderá a CONTRATADA extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela CONTRATANTE, para auferir vantagens próprias ou para seus BENEFICIÁRIOS, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

6. Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de a CONTRATADA buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

7. Caso a CONTRATANTE extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do Contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à CONTRATADA no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das Contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da CONTRATADA, mediante prévio aviso à CONTRATANTE.

8. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

9. É responsabilidade da CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Integra este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) CONTRATANTE, o Guia do Usuário, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta e Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Informativo para Utilização do Contrato.

2. Será de responsabilidade da CONTRATANTE entregar ao BENEFICIÁRIO titular, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado à CONTRATANTE em material impresso ou através de mídia digital.

3. Será de responsabilidade da CONTRATADA o envio ao BENEFICIÁRIO titular do Guia de

Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

4. A CONTRATANTE declara, neste ato, sob as penas da lei, a veracidade das informações ora prestadas, bem como declara que todas as inclusões de BENEFICIÁRIOS obedecerão às regras estabelecidas no contrato, principalmente no que tange à elegibilidade nos termos da legislação vigente, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente, por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.

5. A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

6. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

7. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os contratantes.

8. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

9. O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

10. Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

11. A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o CONTRATANTE e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

TRANSFERÊNCIA DE PLANOS:

1. As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, constituindo-se causa para novo plano e assinatura de novo contrato.

2. Quando da transferência do titular e seus dependentes para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo. O BENEFICIÁRIO que fizer esta opção deverá cumprir as carências estipuladas pela CONTRATADA para os novos benefícios adquiridos com esta alteração.

3. Os benefícios mencionados acima correspondem a utilização da NOVA REDE CREDENCIADA.

4. A transferência somente ocorrerá quando efetuada pela CONTRATANTE e incluirá todos os BENEFICIÁRIOS do plano anteriormente contratado.

5. A autorização, por parte da CONTRATADA, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à CONTRATANTE direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente Contrato, caracterizando mera liberalidade da CONTRATADA.

6. Conforme o disposto em regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio

de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, permanecem sob responsabilidade da CONTRATADA, através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado junto à ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

7. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhado por escrito à CONTRATADA.

São adotadas as seguintes definições:

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.

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.

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.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

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.

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.

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.

CID-11: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 11ª revisão.

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.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

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, desde que vinculados a um mesmo contrato, de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

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.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – 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.

Declaração de Recebimento e Posse

O Contratante declara que, antes de optar pelo plano descrito neste Instrumento, foi esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referida, tendo sido oferecido para sua contratação.

Declara que tem pleno conhecimento de que este plano tem cobertura exclusivamente ambulatorial, não sendo garantida qualquer cobertura em internação hospitalar, nem mesmo em casos de urgência/emergência.

Declara também que, antes da assinatura desse Instrumento, lhe foi disponibilizado o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como, as informações mínimas acerca dos tipos de contratação e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

Declara que recebeu a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e por ele entendido, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirma, apondo assinatura no presente.

Declara que foi apresentada a tabela de custo por faixa etária deste plano, nos termos da regulamentação.

Declara, por fim, ter conhecimento de que poderá receber notificações da CONTRATADA, inclusive decorrentes de inadimplência, por meio de correio eletrônico (e-mail), aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (como WhatsApp, Messenger ou outro do tipo), ligações gravadas, SMS ou qualquer outro meio que venha a ser admitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou pela lei.

Pasquale Caruana
Superintendente
MEMORIAL SAÚDE LTDA

1ª Testemunha
Moacir de Melo Junior
CPF: 739.144.607-68



TERMO ADITIVO/ANEXO PARA INCLUSÃO DE REGRA DE PROTEÇÃO DE DADOS AO CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, CELEBRADO ENTRE AS PARTES, MEDIANTE AS SEGUINTE CLÁUSULAS E CONDIÇÕES:

DO OBJETO:

- Estabelecer regra de proteção de dados pessoais nos Produtos Registrados na ANS, constante na tabela abaixo:

Nº Registro ANS	Nome Comercial
478.399/17-9	Premium I
478.398/17-1	Premium II
493.759/22-7	Premium Franquia

DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Estabelecer a inclusão da seguinte cláusula, quando aplicável a Declaração de Saúde:

- A Memorial Saúde, atendendo aos requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº. 13.709/2018) e as demais legislações aplicáveis a segurança da informação, manterá a confidencialidade de todos os dados pessoais e sensíveis relacionados na Declaração de Saúde, realizará o tratamento dentro das finalidades permitidas pela lei, e para atendimento de prescrições legais e regulatórias emitidas por autoridades, especialmente pelas entidades e autoridades responsáveis pelo setor de saúde suplementar e pela proteção de dados pessoais. Nos casos em que for necessário coletar o consentimento do Titular dos dados ou de seu responsável legal, a coleta do consentimento se fará através de Termo de Consentimento apartado. Art. 7º, 11º e 14º LGPD

DA DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Estabelecer a inclusão da seguinte cláusula:

- A Memorial Saúde, atendendo aos requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº. 13.709/2018) e as demais legislações aplicáveis a segurança da informação, manterá a confidencialidade de todos os dados pessoais e sensíveis relacionados nas cláusulas DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, realizará o tratamento dentro das finalidades permitidas pela lei, e para atendimento de prescrições legais e regulatórias emitidas por autoridades, especialmente pelas entidades e autoridades responsáveis pelo setor de saúde suplementar e pela proteção de dados pessoais. Nos casos em que for necessário coletar o consentimento do Titular dos dados ou de seu responsável legal, a coleta do consentimento se fará através de Termo de Consentimento apartado. Art. 7º, 11º e 14º LGPD



Estabelecer as seguintes definições - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (definições da ANS, CNS e Art. 5º LGPD)

- **Dados pessoais:** se uma informação permite identificar, direta ou indiretamente, um indivíduo que esteja vivo, então ela é considerada um dado pessoal: nome, RG, CPF, gênero, data e local de nascimento, telefone, endereço residencial, localização via GPS, retrato em fotografia, prontuário de saúde, cartão do plano, renda, histórico de pagamentos, hábitos de consumo, preferências de lazer; endereço de IP (Protocolo da Internet) e cookies, entre outros.
- **Dados pessoais sensíveis:** são informações que revelam origem racial ou étnica, convicções religiosas ou filosóficas, opiniões políticas, filiação sindical, questões genéticas, biométricas e sobre a saúde ou a vida sexual de uma pessoa. Os dados sensíveis também podem ser tratados se tiverem o consentimento explícito da pessoa e uma finalidade definida; e, sem consentimento do titular, quando for indispensável em situações ligadas: a uma obrigação legal; a políticas públicas; a estudos via órgão de pesquisa; a um direito, em contrato ou processo; à preservação da vida e da integridade física de uma pessoa; à tutela de procedimentos feitos por profissionais das áreas da saúde ou sanitária; à prevenção de fraudes contra o titular.
- **Titular:** pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento.
- **Tratamento:** toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;
- **Uso compartilhado de dados (Compartilhamento):** comunicação, difusão, transferência internacional, interconexão de dados pessoais ou tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais por órgãos e entidades públicos no cumprimento de suas competências legais, ou entre esses e entes privados, reciprocamente, com autorização específica, para uma ou mais modalidades de tratamento permitidas por esses entes públicos, ou entre entes privados.
- **Consentimento:** manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada.
- **Controlador:** pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;



- Operador: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador.
- Encarregado – pessoa indicada pelo controlador e operador para atuar como canal de comunicação entre o controlador, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Estabelecer as seguintes cláusulas:

- A Memorial Saúde, realiza o tratamento dos dados resguardando os princípios da finalidade, necessidade, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, qualidade dos dados, adequação, livre acesso e prestação de contas. Art. 6º LGPD
- A Memorial Saúde compartilha informações referentes a dados pessoais com nossos terceirizados contratados, prestadores, parceiros e licenciados, com a finalidade de viabilizar o contrato, de modo a atingir os princípios de finalidade, necessidade, adequação e transparência. Poderemos compartilhar em outras hipóteses que são: Cumprir qualquer legislação, regulamentação, ordem judicial ou solicitação governamental aplicável; cumprir os termos de serviço aplicáveis, inclusive a investigação de possíveis violações; detectar, impedir ou lidar de alguma forma com fraudes, problemas técnicos ou de segurança; proteger contra prejuízo aos direitos, à propriedade ou à segurança dos nossos usuários ou do público, conforme solicitado ou permitido por lei. Art. 7º LGPD
- A Memorial Saúde se compromete a adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito. Art.46º LGPD
- A Memorial Saúde comunicará a autoridade nacional e ao titular a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares, em prazo razoável. Art.48º LGPD
- A Memorial Saúde se compromete a não realizar o tratamento de dados de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários. § 5º do Art. 11º LGPD
- A Memorial Saúde manterá seus dados armazenados durante a relação contratual. Findado o período de armazenamento dos dados pessoais, estes serão excluídos de nossas bases de dados ou anonimizados, ressalvadas as hipóteses legalmente previstas no artigo 16º Lei Geral de Proteção de Dados, a saber: I – Cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador; II – Estudo por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais; III – Transferência a terceiro, desde que respeitados os requisitos de tratamento de



dados dispostos nesta Lei; ou IV – Uso exclusivo do controlador, vedado seu acesso por terceiro, e desde que anonimizados os dados. Isto é, informações pessoais que sejam imprescindíveis para o cumprimento de determinações legais, judiciais e administrativas e/ou para o exercício do direito de defesa em processos judiciais e administrativos serão mantidas, a despeito da exclusão dos demais dados. Art. 16º LGPD

- A Memorial Saúde assegurar a seus usuários/clientes os direitos de titular previstos no artigo 18 da Lei Geral de Proteção de Dados, de forma gratuita e a qualquer tempo, dentro dos prazos previsto na legislação. Art.18º LGPD
 1. Confirmar a existência de tratamento de dados, de maneira simplificada ou em formato claro e completo.
 2. Acessar seus dados, podendo solicitá-los em uma cópia legível sob forma impressa ou por meio eletrônico, seguro e idôneo.
 3. Corrigir seus dados, ao solicitar a edição, correção ou atualização destes.
 4. Limitar seus dados quando desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação através da anonimização, bloqueio ou eliminação.
 5. Solicitar a portabilidade de seus dados, através de um relatório de dados cadastrais que a Memorial Saúde trata a seu respeito.
 6. Eliminar seus dados tratados a partir de seu consentimento, exceto nos casos previstos em lei.
 7. Informação das entidades públicas e privadas com as quais A Memorial Saúde realizou uso compartilhado de dados;
 8. Revogar seu consentimento, desautorizando o tratamento de seus dados.
 9. Informar-se sobre a possibilidade de não fornecer seu consentimento e sobre as consequências da negativa.
- A Memorial Saúde disponibiliza um canal de comunicação para dúvidas, informações e exercício de direitos dos titulares, com o nosso Encarregado de Proteção de Dados Pessoais, através do seguinte canal: privacidade@memorial-saude.com.br Art. 41º LGPD.

Pasquale Caruana
Superintendente