

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL PREMIUM I REGISTRO ANS Nº 478 399 179

Nº XXXX

ÍNDICE DO CONTRATO		
CLÁUSULA	ASSUNTO	PÁGINA
Primeira	Qualificação da Operadora	02
Segunda	Qualificação da Contratante	02
Terceira	Atributos do Contrato	02
Quarta	Nome Comercial e Nº de Registro na ANS	03
Quinta	Tipo de Contratação	03
Sexta	Segmentação Assistencial do Plano de Saúde	03
Sétima	Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde	03
Oitava	Área de Atuação do Plano de Saúde	03
Nona	Padrão de Acomodação	03
Décima	Formação de Preço	04
Décima Primeira	Condições de Admissão	04
Décima Segunda	Coberturas e Procedimentos garantidos	06
Décima Terceira	Exclusões de Coberturas	09
Décima Quarta	Da Vigência e Renovação Contratual	11
Décima Quinta	Período de Carência	11
Décima Sexta	Doenças e Lesões preexistentes	12
Décima Sétima	Atendimento de Urgência e Emergência	15
Décima Oitava	Mecanismo de Regulação	17
Décima Nona	Formação de Preço e Mensalidade	19
Vigésima	Reajuste	20
Vigésima Primeira	Faixa Etária	23
Vigésima Segunda	Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos	24
Vigésima Terceira	Condições da Perda e da Qualidade de Beneficiário	27
Vigésima Quarta	Rescisão e Suspensão do Contrato	27
Vigésima Quinta	Disposições Gerais	29
Vigésima Sexta	Cobertura Adicional	33
Vigésima Sétima	Eleição do Foro	34

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL PREMIUM I REGISTRO ANS Nº 478 399 179

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.

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 – QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Endereço: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bairro: XXXXXXXXX

CEP: XXXXXXXX

CNPJ: XXXXXXXXXXXXXXXX

Tel.: (XX) XXXXXXXX

Representante: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Complemento: XXXXXXXX

E-mail : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Município: XXXXXXXXXX UF: XX

Inscrição Estadual: XXXXXXXXXXXX

Contato: XXXXXXXXXXXXXXXX

Identidade: XXXXXXXXXXXXXXXX CPF: XXXXXXXXXXXXXXXX

Cláusula Terceira – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde 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 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.2 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.

1.3 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 Quarta – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

O presente contrato refere-se ao plano de saúde denominado **PREMIUM I** cujo nº de registro junto à Agência Nacional de Saúde é nº **478 399 179**.

Cláusula Quinta – TIPO DE CONTRATAÇÃO

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 Sexta – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A SEGMENTAÇÃO contratada neste plano é de Assistência AMBULATORIAL.

Cláusula Sétima – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

1. Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica na área de abrangência relativa ao Grupo de Municípios, composto pelos municípios do Rio de Janeiro: Belford Roxo - Duque de Caxias - Nilópolis - Nova Iguaçu - Rio de Janeiro (Capital) - São João de Meriti - Niterói - São Gonçalo e Maricá.

2. A CONTRATADA disponibilizará GUIA DO USUÁRIO do plano contratado com a lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais, com os serviços e especialidades. Este guia possui atualização anual. O CONTRATANTE poderá contar com lista de serviços atualizada através do site da OPERADORA.

Cláusula Oitava – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Este contrato possui como área de atuação os seguintes municípios do Rio de Janeiro: Belford Roxo - Duque de Caxias - Nilópolis - Nova Iguaçu - Rio de Janeiro (Capital) - São João de Meriti - Niterói - São Gonçalo e Maricá.

Cláusula Nona – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Por se tratar de Plano de Segmentação Ambulatorial, **NÃO HÁ DIREITO À ACOMODAÇÃO**. No entanto, será assegurado leito de URGENCIA E EMERGENCIA, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em regime de PRONTO ATENDIMENTO, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Cláusula Décima – FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

Cláusula Décima Primeira – 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;
- VII - os demitidos e aposentados que tenham sido vinculados à Pessoa Jurídica Contratante por relação empregatícia ou estatutária ressalvando o disposto no caput do artigo 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, nº 9656/98.

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, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

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

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

4. Os filhos que ultrapassarem a idade limite (24 anos) 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 30 dias do desligamento.

5. DO FILHO ADOTIVO MENOR DE 12 (DOZE) ANOS

Os filhos, provenientes de Guarda, Tutela ou Adoção, menores de 12 (doze) anos, do Beneficiário poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência, já cumpridos pelo beneficiário adotante, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei 9.656/98, bem como não será aplicado a Cláusula de Cobertura Parcial Temporária, caso a inscrição não ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção.

A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

6. DO CÔNJUGE

O cônjuge de o 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 ocorrerem no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

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

7. A CONTRATANTE deverá por ocasião da contratação do plano de saúde deverá 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.

8. 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

9. 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.

10. 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.

11. O BENEFICIÁRIO incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano escolhido, 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;

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

13. Não serão permitidas inclusões de BENEFICIÁRIOS que estejam cumprindo aviso prévio ou que não comprovem o vínculo de elegibilidade com a CONTRATANTE.

14. As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de demissão, falecimento, separação, exclusões de dependentes solicitadas pelo titular, e a 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 Segunda – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários DA CONTRATANTE regularmente inscrito e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

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

2. DO ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO

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/10^o Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

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

5. Aos BENEFICIÁRIOS da CONTRATANTE serão asseguradas as seguintes coberturas conforme relacionadas a seguir:

I - Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme as orientações para o atendimento do segmento AMBULATORIAL;

III - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos;

IV - Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com as orientações dispostas nas Diretrizes Clínicas e Diretrizes de Utilização;

V - Cobertura de psicoterapia de acordo com as orientações dispostas nas Diretrizes Clínicas e Diretrizes de Utilização, podendo ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

VI - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VII - cobertura das ações de planejamento familiar, de acordo com as normas vigentes, para segmentação ambulatorial, onde se inclui:

- Atividades educacionais; consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- Atendimento clínico; - sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- Implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema relacionada à cobertura Ambulatorial;

IX - Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação em unidade do SUS;

X - Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

XI - cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela 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) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XII - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização editada pela ANS, 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 eficácia, 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 definição do órgão competente - ANVISA.

XIII - Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados nos Anexos das Resoluções pertinentes para a segmentação ambulatorial;

XIV - Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial dos Anexos da Resolução Normativa pertinente;

XV - Cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XVI - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais descritas no Rol de Procedimentos editados pela ANS;

Cláusula Décima Terceira – EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Este contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, entre os quais os seguintes:

I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

II - 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 parte do corpo humano lesionada sejam por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intra falopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes dos Anexos da Resolução Normativa competente e,

VII - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;

VIII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

Entende-se por Prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

Entende-se por Órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

IX - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XI - Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XII - Todos os procedimentos constantes na segmentação odontológica;

XIII - Procedimentos que demandem internação em unidade hospitalar;

XIV - Procedimentos que necessitem de estrutura hospitalar por mais de 12 horas ou serviços como UTI, e similares;

XV - Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

XVI - Quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;

XVII - Embolizações;

XVIII - Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

XIX - Vacinas e autovacinas;

XX - Curativos, salvo nas urgências e emergências e cirurgias ambulatoriais;

XXI - Medicina Ortomolecular.

XXII - Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar;

XXIII - Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar.

XXIV – Cobertura para realização de cirurgias que não aquelas do segmento ambulatorial conforme Rol de Procedimentos editados pela ANS.

Cláusula Décima Quarta – 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, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.
2. Será adotada a data da assinatura do contrato como base para aplicação do Reajuste anual.

Cláusula Décima Quinta – 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 firmados com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, e enquanto mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência. Após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias supramencionado, a inclusão de beneficiários ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência.

3. PERÍODO DE CARÊNCIA

24 (vinte e quatro) horas para: cobertura para nos casos de urgências ou emergências durante o período de até 12 (doze) horas se necessário, em regime de Pronto Atendimento e remoção para hospital público se caracterizado a necessidade de internação.

07 (sete) dias para: Consultas Médicas Ambulatoriais Eletivas.

30 (trinta) dias para: EXAMES e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS tais como:

Nebulizações, Lavagem Auricular, Sutura de Ferimentos, Drenagem de Abscessos, Imobilizações, Engessamentos, Curativos Ambulatoriais, Exames laboratoriais, (exceto os classificados como alta complexidade (PAC), tais como cargas virais para hepatites e HIV, geno tipagens virais, exames de genética), Eletrocardiografia Convencional.

30 (trinta) dias para: Orientação Médica Telefônica e Atendimento de Urgência e Emergência Domiciliar descrito na Cláusula de Coberturas Adicionais.

60 (sessenta) dias para: EXAMES COMPLEMENTARES AMBULATORIAIS, tais como:

Eletroencefalograma Convencional, Exames Radiológicos não Contrastados, Colposcopia, Colpocitologia, Preventivo do Câncer Ginecológico.

120 (cento e vinte) dias para: PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, tais como:

Fisioterapia, Acupuntura, Infiltrações, Testes Alérgicos, Provas Imunoalérgicas, Ultrassonografias, Audiometrias, Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares.

150 (cento e cinquenta) dias para: OUTROS EXAMES, tais como:

Endoscopia digestiva alta, Ecocardiografia, Rx Contrastado, Holter, MAPA, Teste Ergométrico, Eco Doppler, Neurofisiologia (Eletroneuromiografias e potenciais evocados), Provas de função respiratória, Mamografias e Exames Anatomopatológicos.

180 (cento e oitenta) dias para: TODOS OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAIS, tais como:

Os listados no Rol de procedimentos e suas atualizações, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares, Cirurgias Oftalmológicas indicadas no Rol de Procedimentos para o Segmento Ambulatorial, Tomografias computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, densitometria óssea, Exames e Terapias com Medicina Nuclear (Ex.: Cintilografias), Mapeamento Cerebral, Quimioterapia Ambulatorial, Radioterapia Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva Hemodiálise e Diálise Peritoneal), Hemoterapia Ambulatorial, Psicoterapia de crise, conforme diretrizes do Rol de Procedimentos, Exames Laboratoriais Classificados como Alta Complexidade (PAC) pelo Rol de Procedimento da ANS e suas atualizações para o Segmento ambulatorial.

Os demais exames ou procedimentos não citados aqui se encontram listados no Rol de Procedimentos estando sujeito à consulta aos Serviços de Atendimento da Operadora.

Cláusula Décima Sexta – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

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

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 vistas 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, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do 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, 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 adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 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.
- 17.** Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova. 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.
- 19.** Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 20.** Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

21. 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.

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

Cláusula Décima Sétima – 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.

2. 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.

3. A cobertura será prestada observando-se os limites do plano contratado, a segmentação, a área de abrangência geográfica estabelecida no contrato, e as hipóteses previstas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

4. Estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e para os casos de urgência e emergência conforme definidos acima, nos termos e limites das cláusulas seguintes:

DA REMOÇÃO

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

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

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

Fica ainda certo que não haverá cobertura de custos para remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para a sua residência e/ou local de trabalho.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

1. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários à garantir a continuidade do atendimento.
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. 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.
4. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
5. Fica ainda certo que não haverá cobertura de custos para remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para um hospital, nem de um hospital para a sua residência e/ou local de trabalho.
6. Nos contratos que envolvam acordo de Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para esta doença ou lesão serão iguais àquela estabelecida para os planos ambulatoriais, ou seja, **estará limitada às primeiras 12 (doze) horas.**

DO REEMBOLSO

1. Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.
2. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos: Nota fiscal, laudos e relatório médico caracterizando a urgência e emergência.
3. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado pela CONTRATADA junto à rede assistencial do presente plano.

4. Só serão ressarcidas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO.

5. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a CONTRATADA poderá solicitar à CONTRATANTE documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (TRINTA) dias contados da data da juntada do novo documento.

Cláusula Décima Oitava – MECANISMO DE REGULAÇÃO

DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

1. A CONTRATADA fornecerá um Cartão de Identificação do Beneficiário que o habilitará para o uso do sistema de atendimento médico junto à rede credenciada do plano contratado.

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

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

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

5. A data e hora da consulta serão determinadas por iniciativa do BENEFICIÁRIO e de acordo com a agenda do médico.

6. As consequências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO, pois poderá prejudicar o diagnóstico, continuidade e prognóstico do tratamento.

7. Para aplicação e cobertura deste contrato, as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

- a) consultas em consultório médico.
- b) consultas em clínica ou centro médico.
- c) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

8. Estão incluídos nas consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar, a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante este atendimento.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

1. Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.
2. O pedido médico deverá ser apresentado à uma das lojas de atendimento da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.
3. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

DA JUNTA MÉDICA

1. A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.
2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela operadora.
3. Orientações quanto a eventuais dúvidas na cobertura do atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC, pelo Site da Operadora ou pelo Guia do Usuário.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

1. Será fornecida ao Beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais associados.
2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações, ANUALMENTE e disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet, onde as atualização da rede prestadora se dará de forma mais eficiente.

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

4. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente ocorrerá mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

5. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora solicitará previamente à ANS autorização expressa.

Cláusula Décima Nona – 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 30 (trinta) 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 e/ou solicitados e autorizados pela CONTRATADA, bem como os referentes ao uso indevido, 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 participação do empregador no pagamento da mensalidade dos BENEFICIÁRIOS TITULARES e DEPENDENTES será fixada em Termo Aditivo à este contrato.

12. Os valores fixados no Termo Aditivo acima poderão ocorrer de forma per capita ou 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 Vigésima – REAJUSTE

1. Reajuste Anual - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços Médio (IGPM), independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, no aniversário do contrato, sem prejuízo da atualização das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998, as quais continuarão a ser feitas na condição e forma previstas em lei.

1.1. O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estipulada no contrato, apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em 2 (dois) meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

1.2. Para fins de aplicação desta cláusula considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

1.3. No reajuste da contraprestação pecuniária será também considerada a variação da população (distribuição por sexo e faixa etária), que possa implicar alteração do perfil técnico atuarial da carteira de BENEFICIÁRIOS, visando com isso ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual estabelecida na Resolução Normativa nº 195 e suas alterações.

2. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato, conforme as orientações abaixo:

2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70 % (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

4. O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste previsto na RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar se, na data da sua assinatura, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS. A cada ano, na data do seu aniversário, será verificada novamente a quantidade de BENEFICIÁRIOS, para determinar se no reajuste do ano subsequente o contrato permanecerá no agrupamento ou se dele será excluído.

4.1. O contrato adquirirá a condição de integrante do agrupamento para o reajuste do ano subsequente, caso ele tenha menos de 30 (trinta) participantes na data de aniversário do contrato. Quando integrante do agrupamento, a este contrato será praticado o índice de reajuste apurado nos termos da RN 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e, não, o índice de reajuste decorrente do previsto especificamente para o contrato.

4.2. O índice estabelecido para formulação de Reajuste para os contratos agrupados pelos conceitos da RN 309, obedecerá aos seguintes critérios:

Da Determinação Dos Fatores

Onde: FMH = Fator Médico Hospitalar

CMH1 = Custo médio Médico Hospitalar observado nos últimos doze meses (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período de 12 meses).

CMH2 = Custo médio Médico Hospitalar observado nos últimos doze meses anteriores a CMH1 (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período dos 12 meses anteriores aos observados em CMH1).

BEX1 = Beneficiários Expostos nos últimos doze meses. (Total de beneficiários com direito a utilização do plano, ou seja, já ter cumprido as carências do plano no período de 12 meses).

BEX2 = Beneficiários Expostos nos últimos doze meses anteriores a BEX1 (total de beneficiários com direito a utilização do plano, ou seja, já ter cumprido as carências do plano anteriores aos observados em BEX1 no período de 12 meses).

Sendo: FSN = Fator de Sinistralidade

EMI = Evento Mensal Indenizável (Despesas pagas à rede credenciada pela operadora nos últimos 12 meses)

CPM = Contraprestação mensal (contribuições recebidas dos beneficiários dos planos considerados no cálculo nos últimos 12 meses)

SMX = Sinistralidade Máxima suportável pela operadora, prevista em contrato (percentual máximo estabelecido em contrato previsto para pagamento das despesas com eventos indenizáveis).

5. Do Reajuste A Ser Aplicado – ReajCalc

ReajCalc=máximo FMH; FSN

Se $FSN \leq 1 \Rightarrow$ ReajOPS=ReajANS

5.1. Se os Eventos Indenizáveis (despesas Médicas e Hospitalares) forem inferiores ou iguais à sinistralidade máxima (SMX), estabelecida em contrato, o reajuste a ser aplicado será igual ao reajuste estabelecido pela ANS (ReajANS) para os planos Individuais / Familiares.

Se $FSN > 1 \Rightarrow$ ReajOPS= \Rightarrow máximoReajCalc;ReajANS

5.2. Se os Eventos Indenizáveis (despesas Médicas e Hospitalares) forem superiores à sinistralidade máxima (SMX), estabelecida em contrato, o reajuste a ser aplicado será o maior entre o fator FMH = Fator Médico Hospitalar e o ReajANS = reajuste estabelecido pela ANS para os planos Individuais / Familiares.

- 6.** Para manter o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato fica estabelecida a meta de sinistralidade de 70 % (Smx).
- 7.** Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.
- 8.** Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
- 9.** Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.
- 10.** Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.
- 11.** Havendo alteração no número de vida durante a vigência contratual, o Reajuste anual, será aplicado levando-se em conta o quantitativo existente na época da Renovação Contratual.

Cláusula Vigésima Primeira – FAIXA ETÁRIA

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última 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	0,00%
19 a 23	36,36%
24 a 28	0,00%
29 a 33	0,00%
34 a 38	6,67%
39 a 43	6,25%
44 a 48	29,42%
49 a 53	17,53%
54 a 58	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.

Cláusula Vigésima Segunda – 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 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

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 está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

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 279, de 2011);

6. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes;

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 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde 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 ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras;

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 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

10.1. É assegurado aos Beneficiários dependentes o direito de se manterem no plano caso o Beneficiário Titular aposentado vier a falecer antes de exercer o direito de manutenção.

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.

13. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

13.1. O direito de manter a condição de BENEFICIÁRIO estende-se a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, não impedindo, contudo, que seja mantido individualmente ou apenas com parte de seu grupo familiar.

13.2. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

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

14.1. 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.

PORTABILIDADE ESPECIAL

O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIOS garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderão exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma e especificidades previstas na Resolução nº 279 da ANS.

Cláusula Vigésima Terceira – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. A suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da CONTRATANTE, no período da movimentação cadastral conforme assinalado nas Cláusulas Contratuais.

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

A CONTRATADA poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência à saúde do BENEFICIÁRIO titular e/ou seus dependentes, independentemente da vigência contratual, e sem a necessidade de anuência da CONTRATANTE nos seguintes casos:

- a) Prática, pelo BENEFICIÁRIO, de fraude, qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da Proposta Contratual para Contratação Coletiva, mediante procedimento administrativo específico.
- b) Fornecimento, pelo BENEFICIÁRIO ou CONTRATANTE, de informações incompletas e/ou inverídicas na Declaração de Saúde, quando aplicável, do BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes, conforme modalidade contratual.
- c) Prática de infrações pelo BENEFICIÁRIO ou CONTRATANTE, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem.
- d) Perda dos vínculos do BENEFICIÁRIO titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE.
- e) Perda dos vínculos de dependência no caso de BENEFICIÁRIO dependente. As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento. Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes perderão quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

Cláusula Vigésima Quarta – 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, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
- 2.** O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela CONTRATADA, 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, ou no caso de fraude.
- 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 5 (CINCO) BENEFICIÁRIOS, ainda que não completos 12 (doze) meses de vigência, sendo facultado aos BENEFICIÁRIOS a transferência para um produto individual, em suas bases e condições vigentes, inclusive com relação a preço.
- 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.** Nas hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, o contrato poderá ser rescindido, unilateralmente, quando houver o não pagamento das mensalidades por parte dos BENEFICIÁRIOS por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.
- 8.** Independentemente das consequências e responsabilidades legais, o contrato será extinto nos casos comprovados de fraude na Declaração de Saúde, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes quaisquer direitos dos benefícios previstos neste contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.
- 9.** Para fins do exposto acima a omissão de informação na Declaração de Saúde deverá ser comprovada pela ANS, mediante processo administrativo próprio.
- 10.** No caso de extinção por fraude na Declaração de Saúde ficam os BENEFICIÁRIOS ainda solidariamente responsáveis por ressarcir a CONTRATADA das coberturas indevidas. 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

Cláusula Vigésima Quinta – DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC), o Guia do Usuário, o Rol de Procedimentos, as Diretrizes de Utilização editados pela Agencia Nacional de Saúde.
2. O Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site da OPERADORA.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

TRANSFERÊNCIA DE PLANOS:

1. As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, constituindo-se causa para novo plano e eventual 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 pelo BENEFICIÁRIO titular 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-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª 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 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 PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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 Sexta – COBERTURA ADICIONAL

Estão Garantidos aos BENEFICIÁRIOS TITULAR E DEPENDENTES os serviços de Orientação Médica Telefônica e Atendimento de Urgência e Emergência Domiciliar.

ORIENTAÇÃO MÉDICA TELEFÔNICA.

1. A cobertura deste serviço consiste no atendimento pré-hospitalar realizado por uma equipe de profissionais médicos responsáveis pelo Serviço de Regulação Médica.

O Beneficiário ou responsável receberá por parte dos Médicos que compõe o serviço **de Regulação Médica da CONTRATADA**, orientações baseadas em protocolos internacionais, revisados e adequados à realidade da região de abrangência do contrato. Estes protocolos são em muitas ocasiões capazes de solucionar, situações de caráter eletivo, tais como: informação sobre doses, contraindicações e interações medicamentosas; sugestão de exames complementares para o diagnóstico definitivo e outras informações que permitam evidenciar quadros clínicos que não necessitam de intervenção médica imediata. Isto é, quadros clínicos que, a juízo da Regulação Médica da **CONTRATADA** não são considerados de emergência ou de urgência e, portanto, estão expressamente fora da cobertura de atendimento direto com unidades móveis de emergência/urgência (serviços de ambulâncias).

1.2. Estão incluídas nesta categoria, as solicitações de atendimento para: investigação de sintomas gerais (tosse, febre, mal-estar, etc.); controle de tratamento ambulatorial; pacientes crônicos em tratamento continuado sem agudização do processo; casos psiquiátricos; dores de dente; enxaqueca; amigdalite; otite; sinusite; cólica menstrual; alcoolismo crônico; resfriados comuns; feridas cortas contusas leves.

1.3. Uma vez identificado pelos médicos do serviço de Regulação Médica que a Orientação Médica Telefônica fornecida pelo profissional responsável pelo atendimento, não tenha sido suficiente para a melhora do Beneficiário e ainda que o quadro clínico apresentado pelo Beneficiário tenha evoluído para um quadro clínico agudo, que implique em risco de morte ou requeira atendimento imediato, identificados como atendimentos de **URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA** conforme descritos abaixo.

1.4. Nesses casos o serviço médico providenciará o Atendimento Domiciliar através da utilização de unidades móveis de emergência/urgência.

1.5. São considerados quadros de Urgência ou Emergência:

Cardiovasculares (Parada Cardíaca Respiratória (PCR), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Angina Instável, Edema Agudo de Pulmão (EAP), Arritmias Graves; respiratórios (Insuficiência Respiratória Aguda, Crise Asmática Grave); neurológicos (Síncope, Convulsão, Coma, AVC); Politraumatismos graves; Afogamentos; Choques Elétricos; Intoxicações Exógenas graves; Anafilaxia e toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais, hemorragias vultuosas, crise hipertensiva com cefaleia, seguida de alterações da consciência e perda momentânea da visão,

fraturas sem ou com hemorragia ou perda da consciência, choques elétricos, intoxicações graves e outros diagnosticados pelo serviço de Regulação Médica.

Cláusula Vigésima Sétima – 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.

Rio de Janeiro, XX de XXXXXX de 201X.

Pasquale Caruana
Superintendente
MEMORIAL SAÚDE LTDA

CONTRATANTE

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

2ª Testemunha
Nome:
CPF: