



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

A – QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes qualificadas, de um lado daqui por diante simplesmente designada como CONTRATADA, a empresa pessoa jurídica de direito privado, classificada como Medicina de Grupo, nos termos da Lei Federal 9.656/1998, representada na forma de seu Contrato Social

Empresa: SF SISTEMA DE SAÚDE LTDA.	
Endereço: Avenida Rio Negro, 877 – Cj 206 – Ed. Eagle Point	
Bairro: Alphaville	Cidade: Barueri
Estado: São Paulo	CEP: 06454-000
CNPJ: 02.753.398/0001-62	Inscrição Estadual: Isento
Registro ANS: 42.237-1	Registro no Conselho Regional de Medicina: 923.687

B – QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

A empresa contratante devidamente identificada e qualificada na proposta, quando em conjunto a este denominados como partes.

C – NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Plano: SFS/PME II-COPART/ENFERMARIA. ANS nº. 497.459/23-0 (GRUPO DE MUNICÍPIOS)

D – TIPO DE CONTRATAÇÃO

Coletivo Empresarial

E – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Ambulatorial+Hospitalar com Obstetrícia.

F – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência destes planos compreendem os Municípios de: São Paulo, Cotia, Mauá, Osasco e São Roque.

G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A área de atuação é caracterizada como Grupo de Municípios.

H – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Acomodação em quarto coletivo (enfermaria)

I – FORMAÇÃO DO PREÇO

A contraprestação pecuniária devida a CONTRATADA denomina-se Taxa Mensal, de modalidade Pré-Pagamento, consistente no faturamento antecipado dos valores pactuados para o plano de assistência



médico hospitalar cujo valor, corresponde ao discriminado na proposta de adesão do plano.

II - ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1 O presente Contrato tem por objetivo garantir, na forma definida em suas cláusulas, em conformidade com a Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e sua regulamentação, a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro a assistência médico-hospitalar, dos eventos realizados exclusivamente no Brasil, das doenças relacionadas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura para todas as doenças descritas no CID-10, respeitando as exigências estabelecidas no Rol de Procedimentos editado pela ANS, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes exclusivamente da rede credenciada, contratada ou referenciada, aos beneficiários da CONTRATANTE abrangidos por este contrato, quando atingidos por eventos mórbidos e aleatórios.

2.2 O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, de adesão, se reveste de bilateralidade, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, em consonância com o disposto nos artigos 472 à 480 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), considerando-se, ainda, esta avença um contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 da mesma Lei, assumindo a CONTRATANTE, o risco de não existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la. Outrossim, este contrato se sujeita às normas estatuídas pela Lei Federal nº 9656, de 03 de junho de 1998, às disposições da Lei 8.078/90 e a legislação específica que vier a sucedê-la.

III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIOS AO PLANO

3.1 São considerados como beneficiários deste contrato os diretores, administradores e empregados que mantenham vínculo empregatício com a CONTRATANTE, doravante denominados BENEFICIÁRIO TITULAR, bem como seus dependentes legais abaixo descritos e indicados através do formulário próprio FICHA CADASTRAL, a serem fornecidos pela CONTRATADA.

3.2 Para os fins deste contrato serão considerados como beneficiários Dependentes:

- a) o (a) cônjuge do (a) beneficiário(a) titular;
- b) o (a) companheiro(a) do(a) beneficiário(a) titular, como tal designado por escrito na forma da Lei;
- c) o(a)(s) filho(a)s natural(is) ou adotivo(a)(s), solteiro(a)(s) até 24 anos de idade incompletos e não emancipados e/ou até 24 anos incompletos se Universitários.
- d) o(a)(s) tutelado(a)(s) com respectivos termos de tutela até 24 anos de idade incompletos, desde que não se emancipem, e/ou até 24 anos incompletos se Universitários.
- e) o(a)(s) enteado(a)(s) com a respectiva certidão de nascimento acompanhada da certidão de casamento ou declaração de convivência marital, bem como comprovação da dependência econômica firmada pelo titular e com ciência da CONTRATANTE, tendo até 24 anos incompletos, desde que não se emancipem;
- f) os menores sob guarda do titular ou seu cônjuge/companheiro(a), até 24 anos de idade incompletos, desde que não se emancipem, e/ou até 24 anos incompletos se Universitários.

3.3 A adesão do grupo familiar neste produto, dependerá da participação do beneficiário titular.



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

3.5 Em caso de inscrição de filho(s) do titular menor(es) de 12 (doze) anos de idade adotado(s), serão aproveitados os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular ou cônjuge adotante.

3.6 A inclusão do cônjuge recém-casado(a) do(a) titular, deverá ser realizada até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a celebração do casamento, com comprovação de legalização para que não permaneçam sujeitos a carências se prevista esta isenção contratual.

3.7 À CONTRATADA fica reservado o direito de exigir para verificação, a qualquer tempo da CONTRATANTE à comprovação de vínculo empregatício do titular, bem como o vínculo dos dependentes aos respectivos titulares através de documentos de fé pública, conforme abaixo:

- a) Empregado - carteira profissional, CPF/MF, CNS, ficha de registro do empregado na CONTRATANTE e relação de recolhimento do FGTS e INSS atualizada; GEFIP - SEFIP;
- b) Prestador de serviço com documento comprobatório com assinatura e carimbo da contratante com limite de 30% dos beneficiários, limitados a 65 anos.
- c) Trabalhadores temporários (contratos de trabalhos com assinatura e carimbo da contratante).
- d) Menores aprendiz e estagiários.
- e) Cônjuge - certidão de casamento, CPF/MF, CNS;
- f) Companheiro(a) – CPF/MF, CNS, carteira de trabalho onde conste a designação, certidão de nascimento de filho em comum e declaração de convivência pública e estável;
- g) Filho (a) solteiro (a) menor – CPF/MF, CNS, certidão de nascimento ou equivalente;
- h) Menor sob tutela – CPF/MF, CNS, termo de tutela judicial;
- i) Menor sob guarda – CPF/MF, CNS, termo da guarda definitiva.

3.8 O não fornecimento da documentação solicitada no prazo de 7 (sete) dias, isentará a CONTRATADA das obrigações objeto deste contrato, cabendo a CONTRATANTE as responsabilidades decorrentes, inclusive financeiras.

3.9 A CONTRATADA fornecerá a cada beneficiário(a) titular, vinculado(a) à CONTRATANTE, e seus respectivos dependentes, 1 (uma) Cédula de Identificação Digital, que constará o plano de atendimento em que está inscrito, e cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessários, juntamente com documentos oficiais de identidade que contenha foto (Cédula de Identidade, Carteira de Trabalho, Passaporte etc.) do beneficiário paciente.

3.10 Para fins de atendimento as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e elaboração da Cédula de Identificação a CONTRATANTE deverá informar via FICHA CADASTRAL ou relatório, cadastro completo de seus empregados e dependentes, a serem inclusos no plano de saúde, informando o nome completo (sem abreviatura), sexo, data de nascimento, nome da mãe, PIS, CPF, RG (indicando o órgão expedidor, data de emissão), Cartão Nacional de Saúde (CNS), endereço residencial com número, bairro, cidade, estado, CEP, data de adesão ao plano de saúde, data de admissão na empresa, tipo de vínculo no plano se titular ou dependente.



3.11 A partir da assinatura do presente contrato, o CONTRATANTE torna-se responsável, perante a CONTRATADA, por comunicar, de imediato, eventuais alterações de endereço, estado civil ou qualquer outra informação cadastral prestada à CONTRATADA no momento da adesão ao plano, bem como qualquer perda da condição de dependente ocorrida em relação àqueles incluídos no Plano Privado de Assistência à Saúde regulado por este contrato, para que todas as correspondências, avisos, notificações e documentos cheguem em tempo hábil ao seu poder. A inobservância desta condição não impedirá a CONTRATADA quanto a automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato.

IV – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 Respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT, a área geográfica de cobertura, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, obstetrícias, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretriz de Utilização, vigente à época do evento, relacionados a todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

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

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

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

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

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

4.7 É assegurado a cobertura a atenção e ações de planejamento familiar observadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de acordo com a Diretriz de utilização da ANS vigente a época do evento.



COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

4.8 Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias e procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Médicos em conformidade com a Diretriz de Utilização, conforme relacionado a seguir:

- a)** cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b)** cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, havendo indicação do médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em conformidade com a Diretriz de Utilização, vigente à época do evento, havendo indicação do médico assistente.
- c)** psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com a Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados.
- d)** cobertura de 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;
- e)** procedimentos de Fisioterapia, reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- f)** cobertura para os atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - atividades educacionais;
 - consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - atendimento clínico;
 - sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
 - implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal, incluindo o dispositivo.
- g)** cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - hemodiálise e diálise peritoneal;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial, 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, medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização, prevista em legislação superveniente;
 - radioterapia;
 - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - hemoterapia ambulatorial;
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- h)** medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;



COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

4.9 Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, em conformidade com o ROL de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e Diretriz de Utilização, englobando os seguintes itens:

- a)** cobertura para internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas e Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b)** cobertura para acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano
- c)** cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- d)** cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- e)** o BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- f)** cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- g)** fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h)** atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- i)** cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - hemodiálise e diálise peritoneal;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - hemoterapia;
 - nutrição enteral ou parenteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - embolizações e radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - procedimentos de reeducação e reabilitação física;



- j) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme previsão do Rol de Procedimentos Médicos e Diretriz de Utilização, vigente à época do evento;
- k) cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- m) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
- m.1) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais exclusivamente odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, **não estão contemplados nesta cobertura;**

4.10 TRANSPANTES DE RINS E CÓRNEAS PREVISTOS NA LEI 9.656/98, E TODOS OS DEMAIS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo quando couber, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, **exceto medicamentos de manutenção**. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

4.11 Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, previstos no Rol de Procedimentos Médicos, conforme Diretriz de Utilização da ANS.

4.11.1 CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO

Cobertura obrigatória quando preenchidos regras e formas estipuladas na Diretriz de Utilização de Procedimento – DUT, do Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em vigência.



4.12 CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

Cobertura obrigatória quando preenchidos regras e formas estipuladas na Diretriz de Utilização de Procedimento – DUT, do Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em vigência.

4.13 CONSULTAS/SESSÕES COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

Cobertura obrigatória quando preenchidos regras e formas estipuladas na Diretriz de Utilização de Procedimento – DUT, do Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em vigência.

4.14 SESSÃO DE PSICOTERAPIA

Cobertura obrigatória quando preenchidos regras e formas estipuladas na Diretriz de Utilização de Procedimento – DUT, do Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em vigência.

4.15 ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO

Cobertura obrigatória quando preenchidos regras e formas estipuladas na Diretriz de Utilização de Procedimento – DUT, do Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em vigência.

4.16 INTERNAÇÃO DE PSIQUIATRIA

4.16.1 Caso por indicação médica, a necessidade de Internação de Psiquiatria, exceda o limite de 30 dias por ano de vigência contratual, não cumulativos. Esgotados estes, a responsabilidade pelo custeio será em co-participação, cabendo cinquenta por cento (50%) a CONTRATADA e cinquenta por cento (50%) a CONTRATANTE ou BENEFICIÁRIO, que procederá o seu adimplemento diretamente com a entidade hospitalar.

COBERTURA PARA LAQUEADURA E VASECTOMIA

4.17 CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)-BASEADA NA LEI 9.263 DE 12/01/1996 – E DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTO MÉDICO DA AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Cobertura obrigatória quando preenchidos regras e formas estipuladas na Diretriz de Utilização de Procedimento – DUT, do Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em vigência.

4.18 CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA) BASEADO NA LEI 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996 – E DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTO MÉDICO DA AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Cobertura obrigatória quando preenchidos regras e formas estipuladas na Diretriz de Utilização de Procedimento – DUT, do Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em vigência.



4.19 COBERTURA OBSTÉTRICAS E COBERTURAS A RECÉM-NASCIDO

4.19.1 A CONTRATADA garantirá, depois de observado o prazo de carência e exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica e da rede credenciada indicada no MANUAL DE ORIENTAÇÃO, a beneficiária (titular e/ou dependente) vinculada à CONTRATANTE as despesas com assistência médica decorrentes de assistência pré-natal, assistência ao parto, cirúrgico ou não, exclusivamente por médicos ou enfermeiros plantonistas nos Hospitais, curetagem de abortos espontâneos, tratamento das parturientes nas complicações surgidas pós-parto, bem como cuidados de berçário, incluindo, se necessário, incubadora, leitos aquecidos e fototerapia;

- a) procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c) cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravado.
- d) para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº 7.498/86, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e conforme disposto no rol de procedimentos da ANS, ou legislação superveniente;
- e) a assistência continuará a ser prestada desde que a CONTRATANTE tenha incluído o recém-nascido no plano até o término do aludido prazo de 30 (trinta) dias;
- f) se a inclusão do recém-nascido no plano de saúde ocorrer após o limite previsto de 30 (trinta) dias, os prazos de carências previstos no presente contrato deverão ser cumpridos integralmente, respeitadas as Condições Gerais do plano originalmente optado pelo titular, suas limitações e exclusões;

4.19.2 Para o atendimento dos serviços mencionados acima, a beneficiária deverá apresentar a cédula de identificação da CONTRATADA, com prazo de validade em vigor, acompanhada de um documento oficial de identidade.

4.20 COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA PARA CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA E GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA (CIRURGIA BARIÁTRICA) – RESOLUÇÃO CFM Nº 1766/2005 - E DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTO MÉDICO DA AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Cobertura obrigatória quando preenchidos regras e formas estipuladas na Diretriz de Utilização de Procedimento – DUT, do Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS em vigência.

4.21 COBERTURA DE BOLSAS DE COLOSTOMIA-ILIOSTOMIA-UROSTOMIA - PREVISTO NA LEI 12.738 de 30 de Novembro de 2012

Cobertura de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, de acordo com Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde



Suplementar – ANS e Diretriz de Utilização.

4.22 COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICOS - PREVISTO NA LEI 12.880 de 12 de Novembro de 2013

Cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar, desde que previsto na Diretriz de Utilização de Medicamentos para o Controle de Efeitos Adversos e Adjuvantes Relacionados a Tratamentos Antineoplásicos do Rol de Procedimentos Médicos da Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.23 COBERTURA DE MEDICAMENTOS APROVADOS PELA ANVISA E CONITEC NO USO DISTINTO DA BULA – OFF LABEL – QUANDO PREVISTO NO ROL DA ANS

Cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, quando previsto no Rol de Procedimentos da ANS, nos casos em que a indicação de uso pretendida pelo médico, seja distinta daquela aprovada no registro da ANVISA, desde que:

- I** - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e
- II** - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto nº 8.077 de 14 de agosto de 2013.do Decreto

4.24 PROCEDIMENTOS COBERTOS DE ACORDO COM A DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO

Os procedimentos de cobertura obrigatória previsto no Rol de Procedimentos em vigência da Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que requeiram o atendimento de requisitos/protocolos médicos para sua cobertura, terão total cobertura médico hospitalar somente se plenamente atendido a previsão da Diretriz de Utilização.

V – EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 Estão excluídos de todas as coberturas deste plano de assistência médico-hospitalar, os tratamentos/despesas decorrentes de:

- a) assistência, tratamento odontológico de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, EXCETO as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação e estrutura hospitalar;**



- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
- c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- d) inseminação artificial, assim definida 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 pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas relacionadas, não previstas no Rol de coberturas médicas da ANS;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f) atendimento e ou tratamento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares, materiais e medicamentos, serviços de enfermagem e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.
- g) fornecimento de medicamentos:
 - prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
 - importados não nacionalizados, isto é aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
 - para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), entendidos como os que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é de exclusividade hospitalar, podendo ser adquirido por pessoa física em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência), com exceção dos medicamentos antineoplásicos e os adjuvantes relacionados ao tratamento constantes do Anexo II do ROL de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- h) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, clínicos ou cirúrgicos, assim definidos sob o aspecto médico, não reconhecido pelas autoridades competentes;
- j) casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declarados pela autoridade competente;
- k) tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, tratamento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de ambiente hospitalar;
- l) transplantes, exceto aqueles determinados no rol de procedimentos da ANS, vigente na data do evento;
- m) aplicação de vacinas, exceto as previstas no Rol de Procedimentos da ANS;
- n) serviços de enfermagem em caráter particular;
- o) exames admissionais, periódicos e demissionais;
- p) internações e cirurgia para mudança de sexo;
- q) transportes aeromédicos;
- r) despesas com extraordinário não relacionado com o atendimento médico, durante a internação hospitalar ou atendimento em clínicas e pronto-socorro, tais como: estacionamento, jornais, revistas, televisão, telefone, frigobar, internet e similares, acomodação de acompanhante não previsto em lei, preparo de corpo pós-morte, biópsia e outras despesas não assistenciais;



- s) procedimentos, consultas médicas, terapias ou exames não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, ou além dos limites estabelecidos nas Diretrizes de Utilização de Tratamento ou que não tenham cobertura assegurada pela Lei 9.656 de 1.998;
- t) atendimento médico fora da área geográfica de cobertura médico assistencial;
- u) remoção de paciente:
- fora da área de geográfica de cobertura médico assistencial do contrato,
 - de residência para hospital,
 - de hospital para residência,
 - de local de trabalho para hospital,
 - de hospital para local de trabalho,
 - de qualquer local que não seja hospital ou pronto socorro para hospital,
 - de hospital credenciado para hospital não credenciado;
- v) consultas eletivas, exames, procedimentos eletivos, cirurgias não urgentes ou programadas, realizados fora da rede credenciada ou internação para tratamento médico fora da rede credenciada;
- w) honorário de médico particular;
- x) exames, procedimentos e cirurgias sem indicação médica;
- y) despesas com acompanhante, exceto na (internação de beneficiários menores de 18 anos ou maiores ou igual a 60 anos, acompanhantes de gestantes em trabalho de parto e pós parto imediato, portadores de necessidades especiais, nesta última hipótese desde que haja indicação médica);
- z) acomodação em nível superior ao contratado, exceção quando não haja a acomodação contratada disponível no hospital no período de internação;
- z.1) continuidade de internação após a alta médica;
 - z.2) reembolso de qualquer natureza, exceto os previstos expressamente neste contrato.

VI – DURAÇÃO DO CONTRATO

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

6.2 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 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

- a) atendimentos de urgências/emergências - 24 horas
- b) Partos a Termo - 300 dias
- c) Demais Casos - 180 dias



7.2 Não será exigida carência quando houver 30 beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário ou durante a vigência do contrato. Exceto quando o beneficiário formalizar o pedido de ingresso no plano de saúde após trinta (30) dias da celebração do contrato coletivo ou de seu efetivo vínculo na empresa.

7.3 Para o contrato com trinta (30) vidas ou mais, os beneficiários filho(a)s, cônjuge, companheiro(a), tutelado(a)s terão trinta (30) dias para serem inscritos no plano de saúde isentos de carência, após o nascimento, casamento, união estável, obtenção de termo de tutela definitiva respectivamente, sendo que após este prazo será observado o cumprimento de carência.

7.4 Entretanto, transcorrido o prazo definido no item anterior, a CONTRATADA assegurará aos beneficiários vinculados à CONTRATANTE o cumprimento dos prazos de carência REDUZIDOS de acordo com a tabela abaixo.

GRUPO DE CARÊNCIA 1	PRAZO DE CARÊNCIA 24 (VINTE E QUATRO HORAS)
Atendimento em prontos-socorros gerais ou especializados, nos casos de emergência ou de urgência, resultantes de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional, transtorno psiquiátrico por uso de substância químicas, atestado pelo médico da operadora.	
GRUPO DE CARÊNCIA 2	PRAZO DE CARÊNCIA 30 (TRINTA DIAS)
1. Terá direito a utilização dos eventos previstos no grupo anterior; e exclusivamente mencionados neste grupo. 2. Consultas médicas eletivas; 3. Exames em regime ambulatorial: a) hematologia; b) fezes; c) urina; d) campimetria; e) colposcopia.	
GRUPO DE CARÊNCIA 3	PRAZO DE CARÊNCIA 90 (NOVENTA DIAS)
1. Terá direito a utilização dos eventos previstos no grupo anterior; e exclusivamente os mencionados neste grupo. 2. Terapias (exemplo: Fisioterapia, Fonoterapia, etc.).	



GRUPO DE CARÊNCIA 4	PRAZO DE CARÊNCIA 150 (CENTO E CINQUENTA DIAS)
<ol style="list-style-type: none">1. Constitui este grupo para direito de utilização os exames/procedimentos descritos, bem como os dos grupos anteriores.2. Exames e/ou procedimentos: I - mamografia; II - exames endoscópicos; a) endoscopia; b) esofagogastroduodenoscopia; c) laringoscopia; III) teste ergométrico; IV) exames e testes alérgicos; V) oftalmológicos; VI) otorrinolaringológicos; VII) radioimunoensaio; VIII) testes ortopédicos; IX) ultrasonografias; X) eletroencefalografia; XI) radiologia simples (não contrastada); XII) eletrocardiograma, amniocentese.3. Demais procedimentos realizados em regime ambulatorial de cirurgias de porte zero (com anestesia local), não mencionados nos grupos 1, 2 e 3.4. Demais exames não mencionados nos grupos 1, 2 e 3.	

GRUPO DE CARÊNCIA 5	PRAZO DE CARÊNCIA 180 (CENTO E OITENTA DIAS)
<ol style="list-style-type: none">1. Constitui este grupo para direito de utilização todos os eventos previstos nos grupos anteriores; e2. Internações para cirurgias programadas e Internação para Psiquiatria com exceção dos transtornos por uso de substâncias químicas.	

GRUPO DE CARÊNCIA 6	PRAZO DE CARÊNCIA 300 (TREZENTOS DIAS)
<ol style="list-style-type: none">1. Constitui este grupo para direito de utilização todos os eventos previstos nos grupos anteriores; e2. Cobertura de Parto a Termo às beneficiárias do plano.	

7.5 Eventual concessão pela Operadora ao beneficiário, para realizar exames e ou procedimentos em carência, não tem o condão de alterar as cláusulas e condições do presente contrato.

VIII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

8.2 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de



acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

8.3 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.

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

8.5 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 conseqüências da omissão de informações.

8.6 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.

8.7 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a Cobertura Parcial Temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

8.8 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de 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.

8.9 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.

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

8.11 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.



8.12 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.

8.13 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.

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

8.15 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.

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

8.17 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.

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

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

8.20 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.

8.21 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.

8.22 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.

8.23 A opção do beneficiário pela Cobertura parcial Temporária – CPT, não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.



8.24 Fica proibida a alegação de omissão de informação de doença preexistente, quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia por médico no beneficiário.

IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento, na área geográfica de abrangência de cobertura contratual, das hipóteses previstas no Rol de Procedimentos editado pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 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.
- III – acidente pessoal**, é o evento ocorrido por causa externa, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, que requeira tratamento médico.

9.2 Nos contratos em que o prazo de carência não tenha sido cumprido, deverá ser observado as regras abaixo para cobertura de urgência e emergência, em observância a regulamentação vigente:

- a)** os atendimentos de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato;
- b)** as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura de 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;
- c)** as emergências terão cobertura limitadas até 12 (doze) horas para atendimento em regime ambulatorial;

9.3 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes a cobertura será prestada por até 12 (doze) horas ou, caso surja à necessidade de internação, por período inferior. Passando a responsabilidade financeira a partir da internação, ser exclusivamente da CONTRATANTE, não cabendo nenhum ônus a CONTRATADA.

9.4 Respeitadas as carências e coberturas parciais temporárias, exclusões e limitações contratuais, para os casos de URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA o hospital credenciado e o beneficiário (titular e/ou dependente) vinculado à CONTRATANTE deverão providenciar em até 48 horas subsequente ao primeiro dia útil após o ingresso:

9.4.1 Declaração do médico assistente, constando o número do CRM do mesmo (relatório completo, inclusive com exame físico e resultados dos exames complementares, em letra legível), justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento proposto, a provável data do início da enfermidade e o tempo previsto de permanência.

Da Remoção

9.5 A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente 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, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Da Remoção para o SUS

9.6 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.

9.7 Quando não puder haver a remoção do paciente por qualquer motivo que seja, não havendo cobertura contratual para o evento, em razão de carência, Cobertura Parcial Temporária de Doença e Lesão Preexistente, ou procedimento não coberto, o custeio será de exclusiva responsabilidade do CONTRATANTE, beneficiário ou de terceiro(s), os quais deverão negociar com o prestador entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

9.8 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 destino.

9.9 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.

Da Remoção de Entidades Hospitalares para a Rede Credenciada da Operadora

9.10 A CONTRATADA, procederá a remoção dos pacientes que estiverem internados em Unidades Hospitalares e ou Unidade de Pronto Atendimento não pertencentes a sua rede própria, para suas unidades Hospitalares, após ser formalmente comunicada, desde que o paciente já tenha cumprido o período de carência e ou cobertura parcial temporária - CPT, e a remoção se de dentro da área de abrangência do produto contratado.

9.11 Não há cobertura de remoção de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN nº 259, de 2011.

9.12 Não há cobertura de remoção de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.



Do Reembolso

9.13 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.

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

- a) relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico ou CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;
- b) conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por Nota Fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;
- c) recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.

9.15 Em nenhuma hipótese a CONTRATADA aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

9.16 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 superior ao praticado pela CONTRATADA junto à rede assistencial do presente plano.

9.16.1 Para determinação do valor de reembolso, será aplicado o Coeficiente de Honorário de cada Procedimento/Exame/Consulta contemplado na tabela da Associação Médica Brasileira, versão 90, multiplicado pelo Coeficiente de Honorário Médico de 0,36 (zero, trinta e seis). Na hipótese de ausência do procedimento/exame na versão 90 da tabela da AMB, será utilizada a versão imediata que o contiver.

9.17 O reembolso somente será devido quando o beneficiário utilizar os recursos hospitalares de urgência e emergência estritamente na área geográfica de abrangência estipulada neste contrato na cláusula I, item “f”. Não serão devidos eventuais recursos que o beneficiário utilizar não previstos neste contrato, exceto a acomodação superior, quando a entidade hospitalar não dispuser de acomodação compatível ao seu plano contratado.

X – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

10.1 Este serviço opcional de acesso a prestadores não pertencentes à rede credenciada da CONTRATADA **não é ofertado neste contrato**, não prevendo reembolso se os beneficiários da CONTRATANTE utilizarem prestadores não previstos no ORIENTADOR MÉDICO ou página da Internet no sítio www.sagradafamiliasaude.com.br, salvo nas situações de urgência e emergência previstas na Cláusula 9.12.



XI – MECANISMO DE REGULAÇÃO

Carta de Identificação do Beneficiário

11.1 Para que haja atendimento dos serviços médicos previstos neste contrato é necessário a apresentação do Cartão de Identificação Digital, para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

Autorizações Prévias

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

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

11.4 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, identificação do médico e data.

11.5 Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactentes e crianças com até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários nos prestadores de serviços médicos assistencial.

11.6 Somente será concedido Guia de Autorização para solicitações dentro da área geográfica de cobertura contratual, de consultas, exames e procedimentos constantes no Rol de Procedimento da ANS, observando-se as normas vigentes para garantia de atendimento de acordo com prazos legais.

Da Junta Médica

11.7 A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional assistente ou responsável pelo procedimento no beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro desempassador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, podendo a junta, ocorrer de forma presencial ou a distância, como requeira a circunstância do caso.

11.8 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.

11.8.1 Após o beneficiário(a) ser formalmente comunicado para comparecer a junta médica, havendo ausência não comunicada, implica prevalência da manifestação do profissional médico da CONTRATADA, sendo neste caso, facultado ao beneficiário reiniciar o procedimento de autorização, solicitando-o novamente.



Serviços Próprios e Rede Credenciada

11.9 A CONTRATADA disponibilizará a cada BENEFICIÁRIO TITULAR da CONTRATANTE um ORIENTADOR MÉDICO na celebração do contrato, impresso ou digital, para que haja cobertura das despesas de atendimento, devem estes quando pacientes, serem atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA e em estabelecimentos de saúde também por ela credenciados, excluindo qualquer responsabilidade da CONTRATADA, em decorrência de qualquer ação ou omissão ético-médica, civil ou penal, praticada pelos credenciados e/ou seus prepostos, cabendo a eles toda a responsabilidade pelo tratamento instituído.

11.10 A relação do ORIENTADOR MÉDICO, contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na internet através do Portal da Operadora no endereço www.sagradafamiliasaude.com.br.

11.11 A CONTRATADA se obriga a dar completa assistência e orientação à CONTRATANTE, para correta utilização dos serviços contratados. A CONTRATANTE, por sua vez, se obriga a esclarecer, plenamente, os seus empregados sobre as condições de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

Substituição de Entidades Médico Assistenciais – Rede Credenciada

11.12 A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade prestador de serviços médicos assistenciais, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, devendo comunicar aos consumidores com trinta (30) dias de antecedência qualquer substituição ou redução de rede, conforme regras abaixo:

Substituição de Entidade Hospitalar

11.13 A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente, será comunicada aos consumidores e a ANS, conforme o prazo do item 11.12, ressalvados do prazo acima, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

11.14 Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência.

11.15 Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato.

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

Substituição de Entidades não Hospitalares

11.17 A substituição de entidade não hospitalar seja por outra equivalente, será comunicado aos consumidores.

11.18 Ressalvados do prazo acima, os casos decorrentes de rescisão por fraude, infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, suspensão definitiva do atendimento pelo prestador sem cumprimento de



aviso prévio, não renovação contratual do prestador com a Operadora, devendo nestas hipótese comunicar o beneficiário da exclusão do prestador a partir do conhecimento do fato.

11.19 Será providenciada a substituição do prestador pelos motivos mencionados no item acima, comunicando os beneficiários no prazo de 60 dias, contados da data que tomou conhecimento da interrupção de atendimento.

11.20 As partes acordam a permissão de exclusão de prestador não hospitalar sem substituição nas seguintes situações:

- a) rescisão de contrato coletivo que ocasione redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado;
- b) ausência de atendimento pelo prestador ao plano de saúde no mínimo em 12 meses consecutivos, desde que não tenha havido suspensão formalizada entre Operadora e Prestador;
- c) quando se comprovar que o prestador exigiu qualquer pagamento pecuniário por procedimentos contratados pela Operadora, exceto quando houver previsão de coparticipação para procedimentos que excedam a quantidade prevista no Rol de Procedimentos e ou Diretriz de Utilização.

Comunicação de Substituição de Prestador Médico Assistencial

11.21 As partes acordam que toda substituição de prestador médico assistencial, será comunicada ao CONTRATANTE através de seu site www.sagradafamiliasaude.com.br na área de Rede Credenciada, devendo esta última informar seus empregados e respectivos dependentes, que também poderão acessar o Portal da Operadora para ter acesso ao comunicado de substituição na área livre ou restrita do beneficiário.

11.22 As substituições ficarão disponíveis no Portal Corporativo e Central de Atendimento da Operadora por um período de 180 dias.

Das Guias Para Internações

11.23 Todos os atendimentos, exames e procedimentos deverão ser submetidos previamente a CONTRATADA, que só autorizará o pagamento das despesas decorrentes, desde que respeitado os limites de cobertura da categoria do plano contratado, estabelecidos neste contrato.

11.24 Todas as internações, sejam para tratamento clínico, cirúrgico ou para maternidade, devem ser precedidas de prescrição do médico assistente e de autorização prévia da CONTRATADA, que fornecerá guia de internação, antes de sua admissão no hospital quando se tratar de internação programada ou eletiva.

11.25 As internações hospitalares eletivas somente terão cobertura em hospital, se a data for previamente autorizada, e a equipe médica indicada pela CONTRATADA, em conformidade com as condições gerais do contrato e com as cláusulas abaixo:

11.26 A guia de internação indicará obrigatoriamente o hospital, onde será realizada a internação, correspondente ao evento/procedimento de acordo com a opção contratual, com o número de dias autorizados, que será fornecida por um período equivalente a média de dias para casos idênticos.

11.27 A prorrogação da internação será concedida mediante solicitação do médico assistente,



justificando as razões técnicas do pedido e a duração provável da mesma. Caso contrário, será recusada pela CONTRATADA e caberá à mesma aceitar ou não a justificativa do médico assistente.

11.28 Se inexistir vaga ou houver algum impedimento técnico no hospital credenciado, a CONTRATADA designará outro prestador de serviço.

11.29 No ato da admissão no hospital credenciado, o(a) beneficiário(a) exibirá a sua cédula de identificação da CONTRATADA, acompanhada de documento de identificação com foto, além da guia de internação nos casos de procedimentos eletivos.

11.30 As questões relacionadas com despesas e/ou tratamentos não abrangidos pelo presente Contrato, deverão ser tratadas diretamente com o hospital que realizar a internação, não cabendo nenhum ônus a CONTRATADA.

11.31 As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA, excetuando as situações de urgência e emergência, sendo certo ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, integrante do corpo clínico da CONTRATADA, expressamente indicado no ORIENTADOR MÉDICO.

11.32 As internações feitas em caráter de urgência ou emergência, deverão ser comunicadas à CONTRATADA até 48 (quarenta e oito horas) subsequente ao primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da CONTRATADA, das despesas resultantes do atendimento.

11.33 Todo e qualquer pedido de internação deverá ser encaminhado através de declaração do médico assistente que deverá conter, no mínimo, as seguintes informações: nome do paciente; data e hora da internação; diagnóstico; terapêutica instituída; prazo razoável da alta médica; nome do médico, CRM, CPF, assinatura, além de outras informações de ordem técnica pertinentes.

11.34 Para efeito das coberturas previstas no presente contrato, a internação somente se inicia com a autorização expressa da CONTRATADA, sendo que nos casos de internação de urgência e/ou emergência a autorização da CONTRATADA retroagirá ao momento do ingresso do CONTRATANTE no hospital; inexistindo direito a cobertura contratual e realizados os procedimentos de urgência ou emergência, o CONTRATANTE será transferido para hospital integrante da rede do SUS ou, caso o mesmo opte em permanecer em unidade hospitalar diferente, arcará com todas as despesas incidentes, exonerando a CONTRATADA de qualquer responsabilidade.

11.35 Caso o beneficiário por opção, continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

XII – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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



12.2 A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária, bem como dos valores relativos à coparticipação, será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

12.3 A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, mensalmente os valores por beneficiários inscritos, através da emissão de faturas.

12.3.1 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Contratação Empresarial conforme Cláusula I da Qualificação item C – NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS, que passa a integrar o presente instrumento contratual.

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

12.5 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviados pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes, se necessário for.

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

12.7 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, multa de 2% (dois por cento) e atualização monetária de acordo com o índice IGP-M, da Fundação Getúlio Vargas FGV.

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

12.9 O valor da remuneração mensal que a CONTRATANTE efetuará a CONTRATADA resultará da multiplicação do número de beneficiários pelo valor "per capita" de cada faixa etária, vigente no mês considerado. A CONTRATANTE informará a CONTRATADA em relatório, relação de seus empregados, ativos, admitidos e demitidos, até no máximo treze (13) dias anterior ao vencimento da fatura, sendo que na ausência desta informação, será considerada a informação dos beneficiários contidos no cadastro da CONTRATADA.

12.10 O valor da remuneração contratual será em fatura emitida mensalmente, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicatas referentes aos serviços contratados.

12.11 Os beneficiários que forem cadastrados após a data de fechamento da fatura mensal, a cobrança dos valores relativos ao período no qual usufruírem o atendimento médico e hospitalar será feita no mês seguinte. Já o beneficiário excluído, após o período de fechamento será cobrado na fatura seguinte. Estas hipóteses não justificam qualquer mora na quitação de divergência entre os controles das partes, devendo



a fatura ser quitada pelo valor apresentado e os acertos procedidos no período seguinte.

12.12 A taxa de implantação será de 15% (quinze por cento) do valor do primeiro pagamento.

12.13 O pagamento antecipado da remuneração contratual não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carência e de cobertura parcial temporária, se devidos contratualmente.

12.14 Nenhum pagamento será reconhecido como feito à CONTRATADA, se a CONTRATANTE não possuir comprovante devidamente autenticado e validado pelo(s) Banco(s) ou locais estabelecidos pela CONTRATADA, ou observar a forma estabelecida para o pagamento.

12.15 O não pagamento das mensalidades implicará em sanções previstas por Lei e o cadastro aos órgãos de proteção de crédito.

12.16 O pagamento da Contraprestação relativa aos beneficiários titulares e seus dependentes, demitidos sem justa causa e ou aposentados mantidos no plano de assistência médica da Operadora, será realizado diretamente na Administração da CONTRATADA, mediante apresentação da Carteira de Trabalho e documento de identidade, três últimos holerites e relatório da empresa, contendo tempo total de contribuição, com desconto no holerite para planos de saúde.

12.17 Em observação ao princípio da boa-fé objetiva e o Pacta Sunt Servanda, na fase de elaboração e negociação da proposta comercial, a CONTRATADA avaliará área de riscosepidemiológicos e demais sinistros da quantidade de vidas informadas, com fulcro nas informações prestadas pela CONTRATANTE, que também procederá o levantamento e prestará informações sobre os empregados e seus dependentes que estejam em internação hospitalar ou home-care ou realizando tratamentos de procedimentos de alta complexidade – PAC. Não sendo formalizado pela CONTRATANTE a CONTRATADA qualquer destas informações, as partes pactuam que os sinistros decorrentes destes atendimentos, caso haja, não serão de responsabilidade da CONTRATADA, por não ter sido informada. Incidindo sobre esta cobertura assistencial aporte financeiro operacional ou se caracterizando como justo motivo para rescisão imediata do contrato, conforme pacto da Cláusula XVIII.

12.17.1 As partes reconhecem ainda, que a quantidade de vidas informadas, juntamente com a avaliação da área de riscos epidemiológicos e outros sinistros, foi utilizada para mensurar e determinar a proposta comercial deste Instrumento que tem vigência mínima de 12 meses. Pactuando-se que manter-se-á esta quantidade no período utilizada na determinação do preço, com redução suportável de até 50%, sobre o estudo atuarial da apólice. Acima desta variação, as partes acordam que poderá incidir aporte financeiro operacional, previsto na Cláusula XIII, item 13.4.2.4 ou caracterizar justo motivo para rescisão contratual prevista na Cláusula supramencionada.

12.17.2 Havendo prorrogação deste Instrumento, a convenção acima será observada para cada novo período de 12 meses a partir do aniversário contratual.

XIII – REAJUSTE DE PREÇO

13.1 Reajuste Financeiro



13.1.1 Caso se verifique que o número de Beneficiários (Titulares e Dependentes) da CONTRATANTE seja inferior a 30 (trinta), o reajuste das Mensalidades, automaticamente, integrará o agrupamento de contratos (Pool de Risco) para cálculo e aplicação do percentual de reajuste, conforme legislação vigente da ANS e disponível no site da CONTRATADA.

13.1.2 Caso se verifique que o número de Beneficiários (Titulares e Dependentes) da CONTRATANTE seja igual ou superior a 30(trinta), os valores das Mensalidades serão reajustados anualmente de acordo com a variação percentual do IGP-M, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com antecedência de 02 (dois) meses em relação à data base de aniversário do contrato.

13.1.2.1 Havendo descontinuidade do índice oficial prévia e livremente acordado entre as partes contratantes, ou em caso de variação negativa, o reajuste das Mensalidades será calculado de acordo com a variação percentual do índice oficial que o substitua, preservando o critério de apuração.

13.2 Reajuste Técnico

13.2.1 Para os CONTRATANTES com número de Beneficiários (Titulares e Dependentes) igual ou superior a 30 (trinta), caso seja verificado o desequilíbrio econômico-financeiro do Contrato (sinistralidade) os valores das Mensalidades serão reajustados, nos seguintes termos:

- a) o desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice (Sm) de 70% (Setenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário;
- b) para cálculo do índice de reajuste das Mensalidades será aplicado a seguinte fórmula:

MR= (S/Sm) x MA, onde:

S = Sinistralidade apurada nos últimos 12 (doze) meses;

Sm = Meta de sinistralidade expressa no contrato;

MR = Mensalidade Reajustada;

MA = Mensalidade Atual.

13.2.2 No mês de aplicação do reajuste, a CONTRATADA encaminhará à CONTRATANTE a memória de cálculo do percentual de reajuste calculado e aplicado, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

13.2.3. As partes 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 atribuídas à sinistralidade, convertendo a totalidade ou parcialmente o índice de reajuste apurado.

13.3 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência contratual, entendendo-se esta como data



base única.

13.4 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato, independentemente de se tratar de beneficiário ativo ou inativo.

13.5 Este contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária.

13.6 Os percentuais de reajuste e revisão aplicados serão comunicados à ANS, na forma e nos prazos determinados pela legislação vigente.

13.7 Constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser aplicado de forma complementar e simultâneo ao Reajuste Financeiro, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

13.8 Reajuste por faixa etária

13.8.1 O valor da mensalidade pecuniária inicial é estabelecido de acordo com a idade de cada beneficiário e de acordo com as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas.

13.8.2 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente, conforme cláusula XIV, item 14.2.

13.8.3 Convencionam as partes de comum acordo, que após apuração do cálculo de sinistralidade, na hipótese de o índice de sinistralidade exceder o teto do índice acima para recomposição do equilíbrio atuarial, poderá a CONTRATANTE, optar por aporte financeiro para saldar os valores das despesas médico assistencial apurado no período.

13.8.4 No mês de aplicação do reajuste a CONTRATADA encaminhará à CONTRATANTE e a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens 13.4.1 e 13.4.2 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

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

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

13.8.7 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.

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



13.9 REGRAS DE TRANSIÇÃO PARA CONTRATOS VIGENTE

13.9.1 Poderá a CONTRATANTE com até 29 beneficiários em cada Contrato, optar por não fazer parte do agrupamento de empresas que comporão o cálculo para apuração de sinistralidade e reajuste de preço. Entretanto esta decisão a impedirá de usufruir do benefício de diluir eventual alta de sua sinistralidade a todo o agrupamento de empresas e minimizando assim o reajuste, também a obstará de incluir novos beneficiários no contrato, exceto novos dependentes dos titulares já inscritos no plano.

XIV – FAIXAS ETÁRIAS

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

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

14.2 FAIXAS ETÁRIAS

FAIXA ETÁRIA	PLANO
	SFS/PME II- COPART/ENFERMARIA. ANS nº. 497.459/23-0
	% REAJUSTE
00 - 18	0,00%
19 - 23	0,00%
24 - 28	0,00%
29 - 33	0,00%
34 - 38	0,00%
39 - 43	0,00%
44 -48	0,00%
49 - 53	0,00%
54 - 58	0,00%
59 +	0,00%



14.2.1 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual, financeiro ou técnico.

14.2.2 Os percentuais de variação em cada alteração de faixa etária são fixados observados as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

14.2.3 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso – Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual previsto neste contrato, conforme normas e índices determinados neste Contrato.

XV – BÔNUS

15.1 Não se aplica.

XVI - PLANO CONTINUIDADE PARA APOSENTADO E DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA

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

16.1. É assegurado ao beneficiário titular que contribuiu para o plano privado de assistência à saúde em decorrência de vínculo empregatício, 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.

16.1.1 O valor a ser pago pelo ex-empregado, será de acordo com a tabela de preços vigente, por beneficiário e por faixa etária, no ato do pedido do plano continuidade.

16.1.2 A tabela de preço está disponível no quadro do Departamento Pessoal da CONTRATANTE, e quando desligados da empresa, estarão disponíveis pela CONTRATADA.

16.2.1 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.

16.2.2 O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado, desde



que assuma o pagamento integral 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.

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

16.4 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 (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

16.5 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).

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

16.7. 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 (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações).

16.8. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º - ex empregados e 5º - aposentado, da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).
- d) pelo não pagamento da parcela mensal, após o vencimento, por período superior a sessenta (60) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses, com comunicado ao beneficiário de sua inadimplência em tempo hábil para o pagamento.



16.9. 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 nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações, desde que a CONTRATADA comercialize estes produtos.

16.10. 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.

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

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

- a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar apto para comercialização junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- 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, por faixa etária ao ex-empregado ou aposentado, atualizado anualmente, por ocasião do aniversário do contrato.

16.12. Incluem-se no universo de usuários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular, anteriormente no contrato e desde que não tenha havido ruptura legal, por separação judicial, divórcio, emancipação, maioria de dependente, perda de pátrio poder, perda de guarda ou outra decisão judicial.

Inscrição do Beneficiário Demitido ou Aposentado para Manutenção do Plano Continuidade

16.13 O beneficiário demitido ou aposentado, deverá realizar sua adesão, mediante “Termo de Adesão” devidamente preenchido e assinado na sede da CONTRATADA, acompanhado dos seguintes documentos:

- a) Cópia da Carteira Profissional, constando a data de desligamento do beneficiário demitido ou aposentado.
- b) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.
- c) Cópia de Comprovante de contribuição “holerite” para plano de saúde do beneficiário demitido, referente aos três últimos meses, e carta da empresa, informando o tempo total descontado do beneficiário para o plano de saúde.
- d) Na hipótese de aposentado, carta de concessão de aposentadoria ao beneficiário.
- e) O Termo de Adesão, quando preenchido na Contratante, deverá ser enviado em 24 horas ao Convênio, a fim de providenciar o cadastramento, emissão de recibo de pagamento e carteira do plano do demitido ou aposentado que optou pela continuidade.
- f) Por se tratar de mensalidade de modalidade pré-pagamento, o beneficiário demitido ou aposentado, ao optar pelo plano continuidade, deverá realizar o pagamento da primeira parcela e



as subsequentes na sede da CONTRATADA.

XVII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

17.1 Perda da qualidade de beneficiário titular:

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

17.2 Perda da qualidade de beneficiário dependente:

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

17.3 Caberá tão-somente à pessoa jurídica CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

17.4 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

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

XVIII – RESCISÃO / SUSPENSÃO

18.1 O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 05 (cinco) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ES) e de seu(s) DEPENDENTE(S) a qualquer cobertura e/ou reembolso.

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

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 15 (quinze) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 13º (décimo terceiro) dia da inadimplência.
- c) por inadimplemento contratual por parte da CONTRATADA;
- d) se a CONTRATANTE ou seu(s) beneficiário(s) tiver(em) praticado, independente de culpa, qualquer omissão, inexatidão ou erro, que tenha influído na aceitação das condições deste Contrato.
- e) por requerimento de falência da CONTRATANTE, independentemente de qualquer aviso ou



notificação extrajudicial, cessando de imediato a prestação de serviços contratados, facultando a CONTRATADA o direito de optar ou não pela continuidade do mesmo.

f) acordado que o número mínimo de titulares deverá ser de (1) uma pessoa, acompanhado de no mínimo (1) um dependente, para manutenção da validade do contrato. Abaixo deste limite mínimo, considerar-se-á o mesmo rescindido de pleno direito.

g) anualmente o valor da taxa mensal deste contrato é definido em razão dos vetores sinistralidade e quantidade de vidas, havendo redução da quantidade de beneficiários acima de 49,99%, caracteriza-se justo motivo para denúncia contratual.

18.3 Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada pela parte, observadas as seguintes condições:

a) pelos motivos elencados no item 18.2, alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “e”, “f”;

b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor de 50% das mensalidades restantes para se completar este período, limitado a três (3) parcelas, calculado pela média dos três maiores faturamentos cobrados até a data da efetiva rescisão.

c) em razão da quantidade de vidas informadas, juntamente com a avaliação da área de riscos epidemiológicos e outros sinistros, ser utilizada para mensurar e determinar a proposta comercial deste Instrumento que tem vigência mínima de 12 meses. Neste período manter-se-á esta quantidade, com redução suportável de até 30%, sobre o estudo atuarial da Proposta de Adesão. Acima desta variação, as partes pactuam que incidirá aporte financeiro operacional ou caracterizando justo motivo para rescisão contratual. Havendo prorrogação deste Instrumento, esta convenção será observada para cada novo período de 12 meses a partir do aniversário contratual.

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

18.5 As partes tem ciência que o atendimento médico assistencial prestado através do sistema SUS é cobrado da CONTRATADA, pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS, concernente aos beneficiários do plano de saúde da CONTRANTE vinculados a este contrato, compondo estes atendimentos realizados pelo SUS o cálculo da sinistralidade, aludida na Cláusula XIII.

18.6 Pactua a CONTRATANTE que havendo cobranças efetuadas pelo SUS por atendimento médico assistencial, através da Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS, após a rescisão contratual que não foram contempladas no cálculo da sinistralidade procederá ao reembolso destas cobranças à CONTRATADA.

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

18.8 Na hipótese de rescisão contratual por qualquer das partes, a CONTRATANTE se compromete a transferir todos os beneficiários para a nova Operadora Contratada, inclusive os casos decorrentes de decisão judicial. Na inocorrência de transferência por qualquer motivo que seja, a CONTRATANTE, desde já se responsabiliza por reembolsar a CONTRATADA, todas as despesas assistenciais que poderão ocorrer pelo atendimento médico continuado, acrescido de 25% (vinte e cinco por cento) a título de



despesas administrativas com impostos incidentes e adicionalmente se houverem, custas, despesas judiciais, honorários advocatícios, multas pecuniárias, em virtude de processo judicial ou administrativo, interpostos pelos beneficiários ou pessoa jurídica contratante, com este propósito.

18.9 No período de rescisão/aviso-prévio e suspensão, não poderá haver inclusões e exclusões de beneficiários, exceto os comprovadamente demitidos.

XIX – COMPARTILHAMENTO DE DADOS

19.1 O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA, incluindo a rede de prestadores de serviços médicos, a manusear e tratar as informações pessoais e de saúde dos Beneficiários, a fim de que seja fornecida assistência médica em saúde de forma eficiente.

19.2 Para que a CONTRATADA realize o tratamento e manuseio dos dados do CONTRATANTE e seus Beneficiários, serão adotados processos internos em cumprimento à Política de Privacidade e Proteção de Dados. Dessa forma, com a sua concordância e consentimento e pelo período previsto na legislação brasileira, os dados obtidos serão utilizados estritamente para as seguintes finalidades:

- a) Realizar exames diagnósticos e de imagem nos laboratórios parceiros da CONTRATADA;
- b) Permitir transferência de dados para os parceiros da CONTRATADA que atendam aos principais requisitos técnicos em conformidade com as devidas finalidades presentes na Política de Privacidade;
- c) Promover ações de engajamento e participação de programas de monitoramento integrado, orientações com base nos resultados obtidos pelos exames médicos realizados pelo CONTRATANTE e seus Beneficiários;
- d) Aceitar notificações acerca de campanhas educacionais e de marketing da CONTRATADA, tanto de sua rede interna quanto de parceiros comerciais;
- e) Com base nos dados coletados, o CONTRATANTE e seus Beneficiários poderão ser convidados a participar e integrar iniciativas de prevenção, promoção e atenção à saúde desenvolvidas pela CONTRATADA e seus parceiros, mediante o compartilhamento de seus dados com profissionais devidamente autorizados;
- f) O CONTRATANTE autoriza, desde já, que sejam encaminhados pela CONTRATADA, e por seus prestadores de serviços, a divulgação de campanhas, promoções, ofertas e propagandas, mediante contatos via telefone, e-mail, mensagens de texto, entre outros meios de comunicação de plataforma eletrônica, durante a vigência deste consentimento e autorização;
- g) O CONTRATANTE fica ciente de que a qualquer tempo, poderá revogar a permissão para tratamento de seus dados pessoais e sensíveis, salvo aqueles inerentes da prestação de serviços médicos e hospitalares, mediante envio de comunicado ao controlador (administrativo@sagradafamiliasaude.com.br), ou por outros canais de contato da CONTRATADA para esta finalidade.

19.3 A CONTRATADA comunica que os dados do CONTRATANTE e seus Beneficiários serão armazenados e utilizados exclusivamente para o atendimento de obrigações legais, regulatórias e dos Conselhos de Classe, bem como para o exercício regular de direitos, conforme estabelecido na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).



XX – DA COPARTICIPAÇÃO

20.1 O presente instrumento possui o fator moderador Coparticipação, que é a parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora de plano de saúde, referente a realização do procedimento médico.

20.2 Não é considerada contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

20.3 Os valores praticados para Coparticipação nos eventos médicos realizados pelos beneficiários estão definidos no quadro abaixo:

PROCEDIMENTOS	VALOR COPARTICIPAÇÃO
Consultas	R\$ 30,00
Consulta Retorno	Isento
Pronto Socorro	R\$ 80,00
Exames Especiais	R\$ 90,00
Exames Simples/Básicos	R\$ 35,00
Procedimentos Básicos Amb.	R\$ 65,00
Internações Hospitalares	Isento

XXI – DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e Carta de Orientação ao Beneficiário.

21.2 O Rol de Procedimentos Médicos é de responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e está disponível no site www.gov.br/ans/pt-br.

21.3 A CONTRATADA no ato de negociação comercial, disponibiliza à CONTRATANTE previamente à assinatura do contrato, ou ficha de adesão o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, em impresso ou mídia digital.

21.4 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 em Contrato, principalmente no que tange à elegibilidade nos termos da RN nº 195, alterada pelas RNs 200 e 204/09, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente, por seus termos, bem como pelos prejuízos a que der causa.

21.5 O (A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

21.6 O (A) CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA



a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico, autorizando a CONTRATADA a ter acesso aos prontuários médicos e demais documentação pertinente.

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

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

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

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

21.11 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada à má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

21.12 As reclamações ou sugestões sobre quaisquer dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA ou através do fone 11-97377-0747 – SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente.

21.13 A CONTRATADA não aceitará qualquer presunção por parte do CONTRATANTE, de circunstâncias que não constem no presente instrumento jurídico, de seus Aditivos, Proposta de Adesão, Ficha Cadastral, Declaração de Saúde ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

21.14 A CONTRATANTE, obriga-se a fornecer à CONTRATADA, a qualquer tempo, todos os documentos que lhe forem exigidos, sobre os beneficiários inscritos no plano de saúde, necessários à prova de eventuais direitos destes, bem como levar ao conhecimento da CONTRATADA quaisquer fatos que impliquem alterações contratuais.

21.15 A CONTRATANTE compromete-se a orientar os seus beneficiários a participarem e seguirem as orientações dos programas e atividades de medicina preventiva desenvolvidas pela CONTRATADA ou por órgãos governamentais, visando à prevenção de doenças.

21.16 O beneficiário com idade inferior a 18 (Dezoito) anos, deverá ter seus pais, tutores ou representantes legais como responsáveis por seus atos, inclusive na assinatura da Proposta de Adesão/Admissão, Ficha Cadastral, Declaração de Saúde e eventuais internações hospitalares.



21.17 Os direitos e benefícios concedidos, aqui expressos e pactuados são pessoais e intransferíveis sob qualquer título e sob qualquer fundamento.

21.18 No período de suspensão do contrato, os eventos iniciados ou incorridos não terão Cobertura Contratual. Na hipótese do pagamento posterior da fatura com a reativação do contrato, não terá direito a cobertura dos dias de suspensão, caracterizando como um período de exclusão de cobertura contratual, sendo que a utilização indevida dos serviços médicos neste período, poderá ser cobrada para efeito de ressarcimento dos serviços utilizados pelos beneficiários.

21.19 Na eventual utilização dos serviços de assistências médicas, de procedimentos, exames, internações, partos, Doenças e Lesões Pré Existentes, ainda em regime de carências, estes atendimentos e ocorrências serão considerados como de caráter particular, e serão pagos diretamente ao prestador de serviços.

21.20 Havendo necessidade por imperativo médico de proceder a cobertura assistencial extracontratual aos beneficiários da CONTRATANTE, mesmo que por força de decisão judicial ou administrativa, a CONTRATANTE reembolsará a CONTRATADA, todo o montante dispendido, incluindo quando ocorrer, custas, despesas processuais, sucumbências e honorários advocatícios, podendo ser cobrado mesmo após a rescisão contratual.

21.21 Considera-se cobertura assistencial extracontratual, todos eventos e atendimentos assistenciais que estão mencionados na Cláusula de Exclusão Contratual, bem como outros que venham a ser solicitados pelo médico assistente, mas sem cobertura obrigatória pelo Rol de Procedimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, atendimentos na vigência de suspensão do contrato, atendimentos nos períodos de carências ou de Cobertura Parcial Temporária.

São adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR/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.

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

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

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

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.

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.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

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.

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

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

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

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

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

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

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 titular e dependentes devem estar no mesmo plano.

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.

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.



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. Constando estes procedimentos no Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde - ANS.

AGRAVO DA MENSALIDADE: qualquer acréscimo no valor da mensalidade 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.

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 à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento, se previsto em contrato.

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, se previsto em contrato.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: Refere-se aos dados deste produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e que concedeu autorização de comercialização.

TIPO DE CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: É o contrato firmado é do tipo COLETIVO EMPRESARIAL, entendido como aquele que oferece cobertura de atenção prestada à população delimitada e vinculada a CONTRATANTE, sendo o vínculo de caráter empregatício com adesão automática na data da contratação do plano e/ou de vinculação a pessoa jurídica, de modo a abranger a totalidade da massa populacional.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE: Determina o tipo de produto que está sendo comercializado pelas partes, onde este tipo será determinante para as coberturas assistenciais. O plano referencia é aquele que engloba, a cobertura ambulatorial, hospitalar e obstetrícia.



ÁREA DE ATUAÇÃO: Determina a abrangência do plano como : regional, grupo de municípios, estadual ou nacional.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: Especifica qual o tipo de acomodação contrato, se enfermaria (coletiva) ou apartamento (individual).

XXII – ELEIÇÃO DO FORO

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

E assim, por estarem concordes nos termos acima, as partes, firmam o presente instrumento, acompanhadas de duas testemunhas.

XXIII – VIGÊNCIA CONTRATUAL: De acordo com a proposta de venda.

Barueri, ____ de _____ de 20 ____.

CONTRATANTE

CONTRATADA

SF SISTEMA DE SAÚDE LTDA.

TESTEMUNHAS:

NOME:
CPF:

NOME:
CPF: