

Aditamento ao Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde – Individual / Familiar, *registrado sob nº. 083.880 no 2º. Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Bernardo do Campo, a fim de adaptá-lo às exigências da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, dispostas na RN Nº 195, de 14/07/09, alterada pela RN Nº 200, de 13/08/09, e IN nº 22, de 08/10/09, de acordo com as cláusulas e condições seguintes:*

1. Cláusula Primeira DAS PARTES

Fica alterado o item 1.1. do contrato supra, que passa a vigorar com a seguinte redação:

1.1. A **CONTRATADA**, opera Planos Privados de Assistência à Saúde, prestando os respectivos serviços ao **CONTRATANTE**, bem como a seus dependentes, definidos estes em Cláusula específica deste Contrato e identificados na Proposta de Adesão que acompanha o presente Contrato, que é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins de direito, as coberturas de assistência médico-hospitalar, previstas no presente instrumento.

Cláusula Segunda DA NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO

*A Cláusula Segunda passa a ser denominada como: **ATRIBUTOS DO CONTRATO**, e será composta dos seguintes itens:*

2. Cláusula Segunda ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. A Natureza Jurídica do presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, reveste-se de característica de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto no artigo 54 da Lei 8.078 de 11/09/1990 – CDC – Código de Defesa do Consumidor, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, assumindo o **CONTRATANTE**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la. Igualmente, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no 9.656/98, suas regulamentações e legislação específica que vier a sucedê-la.

2.2. O objeto deste contrato é a prestação continuada de serviços na forma de Planos Privados de Assistência à Saúde, prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando a Assistência Médica Hospitalar, o **CONTRATANTE** e seus dependentes regularmente inscritos e identificados na Proposta de Adesão, prestando os respectivos serviços através de meios de execução próprios e/ou contratados pela **CONTRATADA**, mediante credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto, com cobertura de todas as doenças relacionadas no CID-10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS – Agência Nacional da Saúde Suplementar, vigente à época do evento, na forma e condições deste instrumento.

Cláusula Terceira DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os assuntos tratados na Cláusula Terceira – DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE foram removidos e passam a compor a **Cláusula Sétima – MECANISMO DE REGULAÇÃO**, sob nova numeração.

A Cláusula Terceira passa a ser denominada como: **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO** e será composta dos seguintes itens:

3. Cláusula Terceira CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1. São considerados como beneficiários deste Contrato o **CONTRATANTE**, e seus dependentes, regularmente inscritos no presente contrato.

3.2. A **CONTRATADA** fornecerá ao **CONTRATANTE** e a seus dependentes, regularmente inscritos no presente Contrato, Cartões de Identificação, **cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com o documento de identificação do beneficiário paciente.**

3.3. Poderão ser incluídos, beneficiários dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que na presença cumulativa, dos seguintes requisitos:

3.3.1. As Taxas Mensais de Manutenção deverão estar rigorosamente em dia;

3.3.2. A Taxa Mensal deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor per capita, correspondente à faixa etária a que o incluído pertencer, de acordo com o valor vigente na época.

3.4. Em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato.

3.5. COBERTURA ASSISTENCIAL AO RECÉM-NASCIDO: Os filhos, do **CONTRATANTE** e/ou de seus dependentes recém-nascidos, filho natural ou adotivo, terão direito à cobertura assistencial nele prevista, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que a carência para parto esteja cumprida por parte do titular ou dependente (pai ou mãe). (Lei 9656, art. 12, inciso III, alínea A).

3.6. INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO:

3.6.1. Parto Coberto pela CONTRATADA: Quando nascidos de partos cobertos pelo presente Contrato, ou seja, após o cumprimento do período de carência para parto do titular ou dependente (pai ou mãe), não estarão sujeitos ao cumprimento de novos prazos de carência, bem como, à alegação pela **CONTRATADA**, de DLP - Doença ou Lesão Preexistente, não se sujeitando a CPT – Coberturas Parciais Temporárias ou agravos nas Taxas Mensais de Manutenção, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção. (Lei 9656, art. 12, inciso III, alínea B)

3.6.2. Parto Não Coberto pela CONTRATADA: Quando nascidos de partos não cobertos pelo presente Contrato, ou seja, ainda em o cumprimento do período de carência para parto do titular ou dependente (pai ou mãe), **APROVEITARÃO** os períodos de carência já cumpridos pelo **CONTRATANTE**, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, estando sujeitos ao cumprimento dos prazos de CPT – Cobertura Parcial Temporária para os eventos relacionados à DLP - Doença ou Lesão Preexistente declarada ou agravo, conforme opção.

3.6.3. Inscrição após 30 dias do nascimento ou adoção: Quando a inscrição dos filhos, do CONTRATANTE e/ou de seus dependentes recém-nascidos, filho natural ou adotivo, ocorrer após o prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, estarão sujeitos ao cumprimento de carências, bem como, a alegação pela CONTRATADA, de DLP - Doença ou Lesão Preexistente.

3.7. Em caso de inscrição de filho adotivo do CONTRATANTE, menor de 12 (doze) anos de idade, quando incluídos em até 30 dias da adoção, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo CONTRATANTE adotante, estando sujeitos ao cumprimento dos prazos de CPT – Cobertura Parcial Temporária para os eventos relacionados à DLP - Doença ou Lesão Preexistente declarada ou agravo, conforme opção.

3.8. Os beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, somente poderão ser titulares do contrato, quando tiverem um responsável maior, podendo este responsável ser ou não beneficiário no contrato.

3.9. O titular/responsável é o único responsável pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando da assinatura do presente contrato, com relação a si e a seus dependentes, bem como, pela apresentação de todos os documentos indispensáveis para a comprovação das informações prestadas, tais como carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento e comprovantes de plano anterior.

3.10. O CONTRATANTE deverá preencher e assinar os documentos contratuais disponibilizados pela CONTRATADA, relativos à movimentação cadastral pretendida.

Cláusula Quarta

DA DEFINIÇÃO, INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Os assuntos tratados na Cláusula Quarta – DA DEFINIÇÃO, INSCRIÇÃO, INCLUSÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS, foram removidos e passam a compor a Cláusula Terceira – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, sob nova numeração.

*A Cláusula Quarta passa a ser denominada como: **DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO** e será composta dos seguintes itens:*

4. Cláusula Quarta

DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO

4.1. Está compreendido neste Contrato a cobertura relativa a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde – CID 10, da Organização Mundial da Saúde, e **no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações**, vigente à época do evento, desde que solicitadas pelo médico assistente.

4.2. Estão incluídas no presente Contrato, em casos de COBERTURA AMBULATORIAL:

4.2.1. PLANEJAMENTO FAMILIAR: cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar, entendidos como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

4.2.2. ANESTESIOLOGISTA: Cobertura assistencial obrigatória da participação de profissional médico caso haja indicação clínica.

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

4.2.4. CONSULTAS MÉDICAS: em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.2.5. SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS: igualmente, os beneficiários deste Contrato terão direito aos serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

4.2.6. CONSULTA E SESSÕES COM NUTRICIONISTA, FONOAUDIÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL: de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, vigente à época do evento, e conforme indicação do médico assistente.

4.2.7. PSICOTERAPIA: de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, vigente à época do evento, e conforme indicação do médico assistente, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

4.2.8. PROCEDIMENTOS DE FISIOTERAPIA: em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

4.2.9. PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS ESPECIAIS:

4.2.9.1. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

4.2.9.2. Quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

4.2.9.3. Radioterapia de todos procedimentos indicados para a segmentação ambulatorial;

4.2.9.4. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos para a segmentação ambulatorial;

4.2.9.5. Hemoterapia ambulatorial;

4.2.9.6. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

4.2.10. atendimentos às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

4.2.11. Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, **limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual**, não cumuláveis.

4.3. Estão incluídas no presente Contrato, em casos de **COBERTURA HOSPITALAR:**

4.3.1. INTERNAÇÕES HOSPITALARES: sem limites de prazos, valor máximo e quantidade em clínicas básicas e especializadas reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

4.3.2. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

4.3.3. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

4.3.4. Cobertura de exames complementares **indispensáveis** para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.3.5. Cobertura de toda e qualquer taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no presente Contrato.

4.3.6. ACOMPANHANTES: despesas de um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos de idade e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como, para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

4.3.7. CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS BUCO-MAXILO-FACIAIS: que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.3.8. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos, passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico (caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente), 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.

4.3.9. PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS ESPECIAIS: mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

4.3.9.1. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

4.3.9.2. Quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da

classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

4.3.9.3. Radioterapia de todos procedimentos indicados para a segmentações ambulatorial e hospitalar;

4.3.9.4. Hemoterapia;

4.3.9.5. Nutrição parenteral ou enteral;

4.3.9.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

4.3.9.7. Embolizações;

4.3.9.8. Radiologia intervencionista;

4.3.9.9. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

4.3.9.10. Procedimentos de Fisioterapia.

4.3.10. CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA DA MAMA: utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento do câncer (artigo 10-A da Lei 9.656/98, incluído pela Lei nº 10.223, de 2001).

4.3.11. CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA: de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, **exceto com finalidade estética.**

4.3.12. TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: Em regime hospitalar estão cobertas as internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais:

4.3.12.1. O custeio integral de **30 (trinta) dias de internação, por ano**, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

4.3.12.2. O custeio integral de **15 (quinze) dias de internação, por ano**, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.

4.3.12.3. Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátrico, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-inflingidas.

4.3.12.4. Somente após 180 (cento e oitenta) dias do início de vigência do presente Contrato, os beneficiários, inscritos no presente Plano terão **direito à internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de substâncias químicas.**

4.3.12.5. Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime HOSPITALAR, exceda os limites previstos no presente contrato, após esse período, haverá a co-participação, que é a participação financeira do **CONTRATANTE** quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A co-participação será aplicada no

percentual de 80%, sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.

4.3.12.6. Estarão cobertos, por este Contrato, 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

4.3.12.7. Para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79, e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura em tratamento de hospital-dia será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.

4.3.13. CIRURGIAS CARDÍACAS: Os beneficiários do presente Contrato terão direito a cirurgias cardíacas e hemodinâmica.

4.3.14. As próteses cardíacas, autorizadas pela **CONTRATADA**, são as de natureza biológica e de fabricação nacional, exceto na hipótese em que haja necessidade, incontestável, reconhecida pela equipe médica integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**, de utilização de prótese mecânica.

4.3.15. Caso o beneficiário opte por acomodação hospitalar superior à prevista no Plano no qual está inscrito, se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital.

4.3.16. Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto no Contrato, em estabelecimentos hospitalares próprios e/ou credenciados pela **CONTRATADA**, o paciente terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

4.3.17. TRANSPLANTES: Os beneficiários do presente Contrato terão direito, igualmente, a cirurgias de transplantes de **CÓRNEA**, de **RIM** e os **AUTÓLOGOS**, listados no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, **encontrando-se incluídas nesta cobertura todas as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante**, tais como 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**.

4.3.18. Nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, e internações de curta permanência, esta se dará a critério do médico assistente.

4.3.19. Os beneficiários sujeitos a esse procedimento cirúrgico deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

4.4. Estão incluídas no presente Contrato, na cobertura **OBSTÉTRICA:**

4.4.1. ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM NASCIDO: Terão direito ainda à assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários; assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada integrante do corpo clínico credenciado da **CONTRATADA**, e assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, no berçário, no centro de tratamento intensivo ou similares, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 dias contados do nascimento. Esta assistência continuará a ser prestada desde que a **CONTRATANTE** tenha incluído o recém nascido no Plano até o final do aludido prazo de 30 dias. A inclusão fora deste prazo sujeitará o recém-nascido ao cumprimento de carências e CPT – Cobertura Parcial Temporária.

4.4.2. Cobertura de 01 (um) acompanhante, escolhido pela mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Cláusula Quinta
DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO

Os assuntos tratados nos itens 5.1. à 5.6.4. foram removidos e passam a compor a Cláusula Quarta – DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO, sob nova numeração.

*Os assuntos tratados nos itens 5.7. à 5.7.2.1. foram removidos e passam a compor a **Cláusula Décima – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, sob nova numeração.*

*Os assuntos tratados nos itens 5.8. à 5.8.1.3. foram removidos e passam a compor **Cláusula Nona – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**, sob nova numeração.*

*A Cláusula Quinta passa a ser denominada como: **DAS EXCLUSÕES** e será composta dos seguintes itens:*

5. Cláusula Quinta
DAS EXCLUSÕES

5.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da **CONTRATADA**, conforme **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações**, vigente à época do evento, de cobrir os procedimentos relativos a:

5.1.1. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;

5.1.2. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

5.1.3. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;

5.1.4. TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO E DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;

5.1.5. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

5.1.6. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;

5.1.7. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

5.1.8. TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;

5.1.9. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

5.1.10. TRANSPLANTES, exceto de córnea, de rim e os autólogos listados no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento;

5.1.11. CONSULTAS DOMICILIARES;

5.1.12. TRATAMENTOS PARA REDUÇÃO DE PESO EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, SPAS, CLÍNICAS DE REPOUSO E ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS;

5.1.13. TRATAMENTOS EM CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS;

5.1.14. INTERNAÇÕES QUE **NÃO** NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;

5.1.15. TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO OBSERVAREM OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO.

Cláusula Sexta DAS EXCLUSÕES

Os assuntos tratados na Cláusula Sexta – DAS EXCLUSÕES, foram removidos e passam a compor a Cláusula Quinta – DAS EXCLUSÕES, sob nova numeração.

A Cláusula Sexta passa a ser denominada como: DOS TIPOS DE PLANO e será composta dos seguintes itens:

6. Cláusula Sexta DOS TIPOS DE PLANO

6.1. O plano contratado possui as seguintes características:

6.1.1. PLANO STANDARD: com direito a internação hospitalar em acomodação coletiva (enfermaria)

6.1.2. PLANO EXECUTIVO: com direito a internação hospitalar em acomodação individual (apartamento)

Cláusula Sétima DOS TIPOS DE PLANO

Os assuntos tratados na Cláusula Sétima – DOS TIPOS DE PLANO, foram removidos e passam a compor a Cláusula Sexta – DOS TIPOS DE PLANO, sob nova numeração.

A Cláusula Sétima passa a ser denominada como: MECANISMOS DE REGULAÇÃO e será composta dos seguintes itens:

7. Cláusula Sétima MECANISMOS DE REGULAÇÃO

7.1. A **CONTRATADA** colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, a que alude este Contrato, para a cobertura assistencial ora contratada, centros médicos, ambulatorios, laboratórios, consultórios, hospitais, e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do “Manual de Orientação do Beneficiário”, anexo ao presente Contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais, restringindo-se à sua área de abrangência contratual.

7.1.2. - A **CONTRATADA** reserva-se o direito, nos casos de tratamento e/ou internação, em prestar o referido serviço em clínica ou hospital por ela determinado, ou ainda proceder a indicação ou remoção do paciente a seu juízo e critério.

7.2. A **CONTRATADA** poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado “Manual de Orientação do Beneficiário”, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

7.2.1. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a **CONTRATADA** deverá comunicar aos beneficiários e à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados os casos de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

7.2.2. A **CONTRATADA** poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no referido “Manual de Orientação do Beneficiário”.

7.2.3. Em ocorrendo os descredenciamentos a que aludem os itens 7.2.1 e 7.2.2. supra, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da **CONTRATADA**, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

7.2.4. Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar por substituição, por vontade da **CONTRATADA**, durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da **CONTRATADA**.

7.2.5. Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração, às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **CONTRATADA** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

7.3. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente.

7.3.1. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, por conta do **CONTRATANTE**, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

7.4. Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, credenciado pela **CONTRATADA**, o Cartão de Identificação do beneficiário, além do documento de identidade do beneficiário-paciente.

7.5. Qualquer fraude em documento ou informação, acarretará a imediata exclusão do beneficiário-titular e seus dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

7.6. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário.

7.7. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação ao **CONTRATANTE**, para correta utilização dos serviços contratados.

7.7.1. O **CONTRATANTE** se obriga a esclarecer, plenamente, os seus dependentes sobre as condições de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

7.8. Em qualquer hipótese, a utilização dos serviços dependerá da comprovação da inscrição no cadastro da **CONTRATADA** e da apresentação do cartão de identificação do beneficiário.

7.9. Os serviços credenciados servem de suporte para a rede própria da **CONTRATADA**, motivo pelo qual o **CONTRATANTE** e seus dependentes não deverão utilizá-los sem prévia autorização da **CONTRATADA**, cabendo a **CONTRATADA** indicar qual o prestador será indicado para o atendimento.

7.9.1. Dependerão de autorização prévia os atendimentos e consultas ambulatoriais nos prestadores hospitalares, credenciados para esta modalidade de atendimento, que não pertencem à rede própria.

7.10. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS: Os procedimentos contratados deverão ser autorizados previamente pela **CONTRATADA**, exceto nos casos de urgência e emergência.

7.10.1. Os atendimentos em ambulatórios poderão, somente a critério da **CONTRATADA**, dispensar a autorização prévia.

7.10.2. Quando o profissional assistente emitir uma **Solicitação de Internação** eletiva ou programada, o beneficiário deverá comparecer diretamente – com a solicitação original, acompanhada do Cartão de Identificação e documento de identidade – na Central de Autorizações.

7.10.3. Quando o profissional assistente emitir uma **Solicitação de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia** – à exceção do pedido de médico não pertencente a rede própria ou credenciado que terá tratamento diferenciado, conforme item “Solicitação de Profissional não Pertencente a Rede Própria ou Credenciada” – proceder da seguinte forma:

7.10.4. Para Solicitação de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – Simples: o beneficiário deverá comparecer nos Centros Médicos Próprios para solicitar a autorização prévia, munido do Cartão de Identificação, documento de identidade e da Solicitação.

7.10.5. Para Solicitação de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – Especiais: o beneficiário deverá comparecer na Central de Autorizações para solicitar a autorização prévia, munido do Cartão de Identificação, documento de identidade e da Solicitação.

7.10.6. Em caso de dúvida, o beneficiário deverá entrar em contato através dos Canais de Comunicação da **CONTRATADA**, descritos no “Manual de Orientação do Beneficiário”.

7.10.7. Em caso de internação hospitalar e exames auxiliares de diagnóstico e tratamento, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além de documento de identificação e o cartão de identificação do beneficiário, a autorização prévia devidamente emitida pela **CONTRATADA**.

7.10.7.1. As internações feitas em caráter de emergência, dentro dos limites da cobertura contratada, deverão ser comunicadas à **CONTRATADA** até o primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja providenciada a remoção ou emitida a autorização prévia correspondente, à critério exclusivo da **CONTRATADA**, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da **CONTRATADA**, das despesas resultantes do atendimento.

7.11. É garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

7.11.1. A definição mencionada acima implica na autorização do procedimento solicitado ou não autorização, bem como, informar ao beneficiário, por exemplo, que serão necessários maiores esclarecimentos por parte do médico assistente.

7.12. PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, observado o item “SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL NÃO PERTENCENTE À REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA”.

7.13. SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL NÃO PERTENCENTE À REDE PRÓPRIA OU CREDENCIADA: A CONTRATADA não negará autorização para realização do procedimento, exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada.

7.13.1. Quaisquer solicitações realizadas por profissional não pertencente à rede própria ou credenciada serão analisados mediante a apresentação de formulário específico, fornecido pela **CONTRATADA**, preenchido integralmente, de forma legível, sob pena de ser devolvido para complementação, e do Cartão de Identificação.

7.13.2. Se a documentação não contiver todos os dados que permitam a análise conclusiva para autorização do procedimento, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao beneficiário documentação ou informações complementares sobre a solicitação.

7.13.3. Estas solicitações deverão ser apresentadas na Central de Atendimento ao Cliente, pessoalmente, e obedecerão, no que couber, o disposto no item “Autorizações Prévias”.

7.13.4. Os valores de consultas ou honorários médicos, relativos aos profissionais não pertencentes a rede própria ou credenciada, não serão reembolsados pela **CONTRATADA**.

7.13.5. A **CONTRATADA** poderá encaminhar o paciente e sua solicitação a um profissional de indicação da **CONTRATADA** a fim de valer-se de uma segunda opinião médica.

7.13.6. Na hipótese de ocorrer quaisquer divergências médicas as mesmas serão dirimidas por Junta Médica, conforme item “DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA E JUNTA MÉDICA”.

7.14. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA E JUNTA MÉDICA: As divergências de natureza médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, sobre os atendimentos previstos no presente contrato, serão dirimidas por uma Junta Médica composta por 03 (três) membros, sendo o profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, um nomeado pela **CONTRATADA**, e um terceiro desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

7.14.1. Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao Presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas em uma localidade onde a **CONTRATADA** tiver escritório.

7.14.2. Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela **CONTRATADA**.

7.15. CO-PARTICIPAÇÃO - TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime AMBULATORIAL OU HOSPITALAR, exceda os limites previstos no presente contrato, após esse período, haverá a co-participação, **que é a participação financeira do CONTRATANTE quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A co-participação será aplicada no percentual de 80%, sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.**

7.15.1. No caso previsto acima, a **CONTRATADA** efetuará o pagamento do total da despesa, relativa ao período excedente, diretamente ao prestador do serviço e realizará a cobrança de 80% ao CONTRATANTE em sua fatura mensal.

7.16. TRANSPLANTES DE RINS E CÓRNEAS: Os beneficiários sujeitos a esse procedimento cirúrgico deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

7.17. CONSULTAS: O beneficiário deverá identificar no “Manual de Orientação do Beneficiário” a especialidade desejada e ligar no número de telefone indicado para realizar o agendamento.

7.17.1. Sempre que não puder comparecer a uma consulta, o beneficiário deverá ligar desmarcando, com antecedência, evitando assim transtornos ao médico, a outros pacientes e ao serviço médico.

7.17.2. Algumas consultas são agendadas pessoalmente ou dependem de prévio encaminhamento do médico assistente. Em caso de dúvida, consulte os Canais de Comunicação da CONTRATADA, descritos no “Manual de Orientação do Beneficiário”.

Cláusula Oitava DAS TRANSFERÊNCIAS DE PLANOS

A Cláusula Oitava passa a ser denominada como: DAS CARÊNCIAS e será composta dos seguintes itens:

8. Cláusula Oitava DAS CARÊNCIAS

8.1. O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato encontra-se vinculado aos seguintes prazos de carência:

8.1.1. Acidentes Pessoais: **após 24 horas da vigência;**

8.1.2. Partos a termo (a partir da 37ª semana de gestação): **300 dias.**

8.1.3. Demais casos: **180 dias;**

8.2. A contagem dos prazos de carência terá início a partir do ingresso de cada beneficiário.

8.3. A **CONTRATADA** admitirá a transferência de beneficiários de um plano para outro, ficando contudo, sujeito a novos prazos de carências, conforme os critérios seguintes, nos casos de transferência para um plano superior:

8.3.1. Carência de 180 dias para os eventos que requeiram internações;

8.3.2. Carência de 300 dias para partos a termo.

8.3.3. O prazo de carência definido nesta cláusula será contado a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do pedido da referida transferência.

8.4. Será porém, admitida a transferência de beneficiário de um plano superior para outro inferior sem carências, exceto em casos de hospitalização anterior, quando a transferência será admitida após doze meses da última alta hospitalar.

8.4.1. O beneficiário transferido na forma do parágrafo anterior fica obrigado a permanecer no novo plano pelo período mínimo de doze meses.

8.5. O beneficiário, nos casos de transferências para plano superior, terá assegurado o benefício do plano anterior, cumprindo as carências do item 8.3.1. e 8.3.2. acima para os novos benefícios oriundos da mudança.

8.6. Para efeito de contagem dos prazos previstos no presente contrato, entende-se como o início o primeiro dia seguinte ao fato e, quando o último dia recair em dia não útil, prorroga-se para o próximo dia útil.

8.7. ISENÇÃO OU APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS: a legislação / regulamentação em saúde prevê algumas situações onde o beneficiário pode ter a carência isentada ou aproveitada, dentre estas podemos citar, exemplificativamente, sem prejuízo de outras que por ventura vierem a ser publicadas e, conforme normativos vigentes à época da contratação:

8.7.1. PLANO PARA DEDITIDOS – CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS, PREVISTO NO ARTIGO 30 DA LEI Nº 9656/98 E REGULAMENTADO PELA RESOLUÇÃO CONSU Nº 20 DE 07/04/99: Plano contributivo; Com vínculo empregatício; Rescisão sem justa causa; Manutenção de todo o grupo familiar anteriormente inscrito; Opção em até 30 dias do desligamento.

8.7.2. PLANO PARA APOSENTADOS – CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS, PREVISTO NO ARTIGO 31 DA LEI Nº 9656/98 E REGULAMENTADO PELA RESOLUÇÃO CONSU Nº 21 DE 07/04/99: Plano contributivo; Com vínculo empregatício; Manutenção de todo o grupo familiar anteriormente inscrito; Opção em até 30 dias do desligamento.

8.7.3. PLANO COLETIVO LIQUIDADO OU ENCERRADO, REGULAMENTADO PELA RESOLUÇÃO CONSU Nº 19 DE 25/03/99: Rescisão do contrato entre a operadora e a empresa cliente e cancelamento deste benefício junto ao universo de beneficiários; Manutenção de todo o grupo familiar anteriormente inscrito; Opção em até 30 dias após o cancelamento.

8.7.4. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS, REGULAMENTADA PELA RESOLUÇÃO NORMATIVA RN Nº 186, DE 14/01/09: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde com registro de produto na ANS na mesma ou em outra operadora, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei n.º 9.656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

8.7.5. COMPETE AO CONTRATANTE INFORMAR, POR OCASIÃO DA CONTRATAÇÃO, SEU ENQUADRAMENTO NAS CONDIÇÕES MENCIONADAS PARA SER BENEFICIADO NO CUMPRIMENTO DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA.

8.7.6. AFORA AS SITUAÇÕES PREVISTAS EM LEGISLAÇÃO / REGULAMENTAÇÃO, QUALQUER ISENÇÃO, APROVEITAMENTO OU REDUÇÃO DE CARÊNCIAS, FICA À CRITÉRIO EXCLUSIVO DA CONTRATADA.

8.7.7. UMA VEZ NÃO SE ENQUADRANDO NAS CONDIÇÕES PREVISTAS EM LEGISLAÇÃO / REGULAMENTAÇÃO OU NÃO TENDO SIDO APROVADA O APROVEITAMENTO OU REDUÇÃO DE CARÊNCIAS NAS CONDIÇÕES EM QUE DEPENDE DE AUTORIZAÇÃO DA CONTRATADA, O CONTRATANTE E SEUS DEPENDENTES FICAM CIENTES DE QUE DEVERÃO CUMPRIR INTEGRALMENTE OS PERÍODOS DE CARÊNCIA PREVISTOS CONTRATUALMENTE.

Cláusula Nona **DINÂMICA DE ATENDIMENTO**

A Cláusula Nona passa a ser denominada como: DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES e será composta dos seguintes itens:

9. Cláusula Nona **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

9.1. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO: estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais o beneficiário titular e/ou seus dependentes saibam ser portadores ou sofredores à época da admissão no Plano. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

9.1.1. O beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP – Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de **FRAUDE**.

9.1.2. A Declaração de Saúde conterà perguntas ou itens a assinalar, redigidos em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional.

9.1.3. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais integrantes da rede da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

9.1.4. 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.

9.2. Caso, quando do preenchimento da proposta de inclusão no presente Contrato ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo pretense beneficiário e/ou por seus dependentes, em entrevista qualificada, ou seja, constatada, através de exames ou perícias que algum (ns) dos beneficiários a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão, o CONTRATANTE e/ou beneficiário, optará pela cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, ou pela sua cobertura integral, mediante um agravo no valor da taxa mensal.

9.3. Para fins do presente Contrato, entende-se por **cobertura parcial temporária**, a suspensão, por um prazo de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura para a doença ou lesão preexistente, de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, desde que relacionados exclusivamente com as doenças ou lesões preexistentes declaradas; entende-se por **agravo**, o acréscimo, pelo período de 24 (vinte e quatro)

meses, no valor da Taxa Mensal de Manutenção, em virtude da opção, pelo CONTRATANTE e/ou pelo beneficiário, da cobertura integral da doença ou lesão preexistente.

9.4. Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, cessando-se a cobertura parcial temporária, assim como a cobrança do agravo.

9.5. SUSPEITA DE FRAUDE: Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP – Doença ou Lesão Preexistente, por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, não interferindo na continuidade da prestação de serviços.

9.5.1. A **CONTRATADA** poderá oferecer CPT – Cobertura Parcial Temporária ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, ou oferecer o Agravo acompanhado do oferecimento obrigatório de CPT – Cobertura Parcial Temporária, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT – Cobertura Parcial Temporária.

9.5.2. Após a comunicação ao beneficiário de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** poderá encaminhar a documentação pertinente à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.

9.5.3. PROCESSO ADMINISTRATIVO: O processo administrativo diz respeito, exclusivamente, ao julgamento do mérito da alegação de omissão de conhecimento prévio de DLP – Doença ou Lesão Preexistente por parte do beneficiário na Declaração de Saúde no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

9.5.4. Nos casos em que houver acordo de CPT – Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, a **CONTRATADA** não poderá solicitar abertura de processo administrativo com relação à respectiva doença que ensejou o oferecimento da CPT – Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

9.5.5. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar do encerramento do processo administrativo.

9.5.6. Caso a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar julgue o processo administrativo como procedente, o beneficiário que foi parte no processo administrativo poderá ser excluído do plano e a **CONTRATADA** cobrará as despesas efetuadas com a assistência médica-hospitalar prestada para o tratamento da DLP – Doença ou Lesão Preexistente.

9.5.7. A **CONTRATADA** tem o prazo de 24 (vinte e quatro) meses para comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição à existência de Doenças ou Lesões Preexistente, nos termos do Artigo 11 da Lei 9.656/99.

9.5.8. É vedada a alegação de omissão de informação de DLP – Doença ou Lesão Preexistente quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia pela **CONTRATADA**, com vistas à admissão no plano privado de assistência à saúde.

9.6. Não caberá qualquer imputação de dlp – doença ou lesão preexistente ou agravo, bem como, o preenchimento de declaração de saúde aos beneficiários que cumprirem na íntegra as condições estipuladas no artigo 14 da resolução normativa rn nº 162 de 17/10/07, enquanto tal instrução permanecer vigente.

9.6.1. As condições referidas acima são: contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo, independente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a 24 (vinte e quatro) meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.

9.6.3. Eventual preenchimento de declaração de saúde de beneficiários que se enquadrem nas condições previstas acima será automaticamente desconsiderado pela contratada.

Cláusula Décima DAS CARÊNCIAS

Os assuntos tratados na Cláusula Décima – DAS CARÊNCIAS, foram removidos e passam a compor a Cláusula Oitava – DAS CARÊNCIAS, sob nova numeração.

A Cláusula Décima passa a ser denominada como: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA e será composta dos seguintes itens:

10. Cláusula Décima ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da lei, por **emergência**, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por **urgência**, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

10.2. Para os casos de Urgência e Emergência, a **CONTRATADA** garantirá a assistência médica integral, isto é, da sua admissão até a sua alta, que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, salvo nas seguintes hipóteses:

10.2.1. Atendimento decorrente de **DLP – Doença ou Lesão Preexistente** quando em **CPT – Cobertura Parcial Temporária** e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, estritamente relacionados à DLP – Doença ou Lesão Preexistente.

10.2.2. Atendimento de beneficiário que ainda está cumprindo **Carência** para internação, exceto para plano referência.

10.2.3. Atendimentos referentes ao **Processo Gestacional**, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de **Carência**, e nos planos sem cobertura obstétrica (artigo 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998) exceto para plano referência.

10.3. Somente nos casos acima o atendimento será limitado as primeiras 12 horas ou em tempo menor até que ocorra a necessidade de internação, quando cessa a responsabilidade financeira da contratada, mas garantindo esta a remoção para o SUS, conforme o item “Remoção para o SUS”.

10.4. As limitações previstas acima não se aplicarão caso o atendimento decorra de Acidente Pessoal, definido como um evento súbito, externo, involuntário e violento, causador de lesão física, cujo atendimento estará garantido após 24 horas de vigência contratual.

10.5. REEMBOLSO DE DESPESAS NAS URGÊNCIAS / EMERGÊNCIAS:

10.5.1. Nos atendimentos de Urgência ou Emergência, é garantido ao Beneficiário o Reembolso das despesas decorrentes, desde que atenda, **simultaneamente**, os seguintes requisitos:

10.5.1.1. Atendimento de Urgência ou Emergência;

10.5.1.2. Impossibilidade de utilização pelo CONTRATANTE e/ou seus beneficiários, dos serviços próprios ou credenciados pela **CONTRATADA**;

10.5.1.3. Atendimentos de assistência à saúde relativos aos procedimentos cobertos pelo presente Contrato;

10.5.1.4. Atendimento deve ocorrer única e exclusivamente na área geográfica de abrangência contratual.

10.5.2. Observadas as condições acima o reembolso será realizado de acordo com a Tabela de Reembolso da **CONTRATADA**, devidamente registrada sob o nº 077.476 no 2º Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Bernardo do Campo, que será reajustada, anualmente.

10.5.3. O reembolso das despesas não poderá ser inferior ao valor praticado pela **CONTRATADA** junto à rede de seus prestadores do respectivo plano.

10.5.4. O beneficiário deverá apresentar os documentos abaixo descritos, que serão submetidos à análise da **CONTRATADA**:

10.5.4.1. Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);

10.5.4.2. Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

10.5.4.3. Relatório do médico assistente, indicando a patologia, o procedimento adotado e especificando a razão da urgência ou emergência.

10.5.5. A **CONTRATADA** não responderá com qualquer obrigação de reembolso ou ressarcimento a atendimento ocorrido fora da sua área de abrangência mesmo tratando-se de Urgências ou Emergências, e bem assim com qualquer atendimento não considerado de urgência ou emergência, fora de sua rede credenciada. (Art. 1º e 4º, alínea b, da CONSU nº 08)

10.5.6. O prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos à **CONTRATADA** não poderá ultrapassar 01 (um) ano.

10.5.10. Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela **CONTRATADA**, da documentação completa.

10.6. REMOÇÕES: Estão cobertas pelo presente Contrato, nos termos e condições abaixo e conforme normativo vigente:

10.6.1. Garantia de remoção Inter-hospitalar (de um estabelecimento hospitalar para outro estabelecimento hospitalar), dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato, nos casos comprovadamente necessários.

10.6.2. Após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

10.7. REMOÇÃO PARA O SUS: Será garantida a remoção para o SUS, após o atendimento de urgência/emergência:

10.7.1. Quando ocorrer necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

10.7.2. Quando o beneficiário em acordo de **CPT – Cobertura Parcial Temporária** necessitar de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados às **DLP – Doenças e Lesões Preexistentes**.

10.7.3. No caso de beneficiário que ainda está cumprindo **Carência** para internação, exceto para plano referência.

10.7.4. No caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de **Complicações do Processo Gestacional**, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de **Carência**, e nos planos sem cobertura obstétrica, exceto para plano referência.

10.8. Nos casos acima são aplicáveis as seguintes regras:

10.8.1. Caberá a **CONTRATADA** 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.

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

10.8.3. Na remoção, 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.

10.8.4. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

10.8.4.1. Na hipótese de a **CONTRATADA** se ver obrigada a arcar com os custos decorrentes do item acima, ficará garantido o direito de regresso para se ver ressarcida pelo **CONTRATANTE**.

Cláusula Décima Primeira
DOS PREÇOS, REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO

Os assuntos tratados nos itens 11.2 à 11.5.1, foram removidos e passam a compor a Cláusula Décima Segunda – REAJUSTE, sob nova numeração.

O assunto tratado no item 11.5.2, foi removido e passa a compor a Cláusula Décima Terceira – FAIXA ETÁRIA, sob nova numeração.

A Cláusula Décima Primeira passa a ser denominada como: FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE e será composta dos seguintes itens:

11. Cláusula Décima Primeira
FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Trata-se de plano de assistência à saúde com valores PRÉ-ESTABELECIDOS, onde o cálculo do valor da contraprestação pecuniária é efetuado pela Contratada antes da utilização das coberturas, sendo, portanto cobradas pelo sistema de pré-pagamento.

11.2. A contraprestação pecuniária que o **CONTRATANTE**, pagará à **CONTRATADA**, decorrente deste Contrato, denomina-se TAXA MENSAL DE MANUTENÇÃO, e será devida pelo Titular e Dependentes, individualmente inscritos no presente Contrato, respeitada as faixas etárias.

11.3. O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

11.4. Os pagamentos deverão ser feitos até o dia de cada mês estabelecido na Proposta de Adesão, **ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em finais de semana ou feriados**, na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**, ou outras localidades, também por ela indicadas, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

11.5. Nos casos em que a **CONTRATADA**, em razão de realização de promoções, conceder um desconto para os pagamentos efetuados até o vencimento, caso o vencimento ocorra em finais de semana ou feriados, o desconto somente será concedido, caso o pagamento seja antecipado para até o último dia útil imediatamente anterior a data do vencimento.

11.6. A troca de vencimento poderá ser realizada mediante análise da **CONTRATADA** e se concedida tratar-se-á de mera liberalidade da **CONTRATADA** tendo em vista que não há obrigatoriedade para tal. Nesta hipótese haverá cobrança dos valores *pro-rata*.

11.7. O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

11.8. O pagamento antecipado das taxas mensais de manutenção não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

11.9. Em casos de atraso no pagamento das Taxas Mensais de Manutenção, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da Taxa Mensal, pelos índices

aplicáveis os débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

11.10. O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Cláusula Décima Segunda DA VIGÊNCIA, DA PRORROGAÇÃO DAS PENALIDADES E DA RESCISÃO DO CONTRATO

Os assuntos tratados nos itens 12.1. à 12.2. foram removidos e passam a compor a Cláusula Décima Quarta – DURAÇÃO DO CONTRATO, sob nova numeração.

Os assuntos tratados nos itens 12.3. à 12.5. foram removidos e passam a compor a Cláusula Décima Quinta – RESCISÃO / SUSPENSÃO, sob nova numeração.

Os assuntos tratados nos itens 12.6. à 12.7. foram removidos e passam a compor Cláusula Décima Sexta – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO, sob nova numeração.

*A Cláusula Décima Segunda passa a ser denominada como: **REAJUSTE** e será composta dos seguintes itens:*

12. Cláusula Décima Segunda REAJUSTE

12.1. O valor da Taxa Mensal está sujeito as seguintes formas de reajuste: Reajuste por Variação de Custos, Reajuste por Revisão Técnica e Reajuste Por Mudança de Faixa Etária que será tratado no item “FAIXAS ETÁRIAS”.

12.1.1. REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS: é o aumento anual na mensalidade do plano, no mês de aniversário do contrato, mediante prévia autorização da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que determinará o índice máximo a ser aplicado e o período de sua aplicação. Refere-se ao aumento decorrente da alteração nos custos ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias.

12.1.1.1. Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços, será aplicado o índice de reajuste denominado IGPM, da FGV – Fundação Getúlio Vargas.

12.1.2. REAJUSTE POR REVISÃO TÉCNICA: Excepcionalmente, caso seja verificada pela **CONTRATADA**, que houve um desequilíbrio econômico/financeiro que poderá ameaçar a continuidade da prestação de serviços, a **CONTRATADA**, em conjunto com a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, tomarão atitudes a fim de eliminar ou corrigir o referido desequilíbrio.

12.2. Os reajustes da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei no 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

Cláusula Décima Terceira DA ABRANGÊNCIA

*A Cláusula Décima Terceira passa a ser denominada como: **FAIXA ETÁRIA** e será composta dos seguintes itens:*

13. Cláusula Décima Terceira
FAIXA ETÁRIA

13.1. Havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será reajustada, no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com a seguinte TABELA DE FAIXA ETÁRIA:

PLANOS STANDARD E EXECUTIVO:

- | |
|---|
| A) de 00 a 18 anos; |
| B) de 19 a 23 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |
| C) de 24 a 28 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |
| D) de 29 a 33 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |
| E) de 34 a 38 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |
| F) de 39 a 43 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |
| G) de 44 a 48 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |
| H) de 49 a 53 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |
| I) de 54 a 58 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |
| J) acima de 59 anos - acréscimo de _____% do preço do beneficiário na faixa etária de 00 à 18 anos; |

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

Cláusula Décima Quarta
DO FORO E DIVERGÊNCIAS TÉCNICAS

O assunto tratado no item 14.1, foi removido e passa a compor a Cláusula Décima Nona – DO FORO, sob nova numeração.

Os assuntos tratados nos itens 14.2. à 14.5. foram removidos e passam a compor a Cláusula Sétima – MECANISMOS DE REGULAÇÃO, sob nova numeração.

*A Cláusula Décima Quarta passa a ser denominada como: **DURAÇÃO DO CONTRATO** e será composta dos seguintes itens:*

14. Cláusula Décima Quarta
DURAÇÃO DO CONTRATO

14.1. O presente contrato terá prazo de duração mínima de 12 (doze) meses.

14.2. Considerar-se-á, para início de vigência contratual, a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei n.º 9.656/1998.

14.3. Após os primeiros 12 (doze) meses de vigência, o contrato passará a vigorar por prazo indeterminado com renovação automática, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato de sua renovação.

15. Cláusula Décima Quinta RESCISÃO / SUSPENSÃO

15.1. A rescisão contratual unilateral por parte da **CONTRATADA** de planos contratados individualmente somente poderá ocorrer em 02 (duas) hipóteses:

15.1.1. FRAUDE: Com exceção à fraude no preenchimento da declaração de saúde, que será tratada em conformidade com a regulamentação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sempre que, por fraude em documento ou informação, obtiver o **CONTRATANTE** e/ou seu (s) beneficiário (s) qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da **CONTRATADA**, acarretará a imediata exclusão do **CONTRATANTE** e seus dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

15.1.2. INADIMPLÊNCIA: Não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência (artigo 13, § único, inciso II, da lei 9656/98).

15.1.2.1. Na situação acima, a rescisão é devida mesmo que o **CONTRATANTE** venha a realizar o pagamento futuro de boletos em seu poder, mesmo que emitido pela **CONTRATADA**, após o período previsto para a rescisão ou até por depósito bancário.

15.1.2.2. Na hipótese de rescisão contratual por inadimplência, a notificação correspondente poderá ocorrer apenas por mera liberalidade da **CONTRATADA**.

15.2. Uma vez que a geração do boleto é programada antecipadamente, poderá ocorrer, simultaneamente, o recebimento do boleto e a rescisão do contrato no prazo previsto legalmente.

15.3. Em razão da disponibilização dos serviços, são devidos os pagamentos efetuados até a data de rescisão, não implicando na suspensão do processo de rescisão ou na reativação do plano.

15.4. Este contrato será cancelado no 61º (sexagésimo primeiro) dia de atraso no pagamento de qualquer mensalidade.

15.5. A rescisão contratual expressa, por iniciativa do **CONTRATANTE** somente poderá ocorrer mediante solicitação, escrita e assinada, a ser encaminhada à **CONTRATADA**.

15.6. Caso o presente contrato seja rescindido antes do término da primeira vigência contratual, fica o **CONTRATANTE**, obrigado ao pagamento, de uma só vez, de multa de 10% sobre todos os valores das contraprestações pecuniárias restantes para se completar a primeira vigência contratual.

15.6.1. No caso do parágrafo anterior, caso o **CONTRATANTE** ou algum de seus dependentes tenha-se utilizado de serviços da **CONTRATADA**, o preço dos mesmos deverá ser ressarcido até o limite do valor das parcelas vincendas até a data do primeiro aniversário do Contrato.

15.6.2. Também será aplicado o mesmo procedimento do item anterior nos casos de exclusão por inadimplência.

15.7. O **CONTRATANTE** admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, quanto ao valor principal da obrigação contratual, cobrável inclusive por processo de execução dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Contrato.

15.8. Na hipótese de cobrança judicial além dos valores líquidos, certos e exigíveis, arcará o devedor com as custas das despesas processuais, multa contratual fixada em 2% do valor do débito, bem como honorários advocatícios fixados em 20% do valor total do débito.

15.9. São intransferíveis, a qualquer título e sob qualquer fundamento que seja, os direitos emanados desta avença.

16. Cláusula Décima Sexta **CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

16.1. Além das hipóteses tratadas no item “RESCISÃO”, também perderá a qualidade de Beneficiário deste contrato, quando enquadrado nas seguintes condições:

16.1.1. Por óbito do Titular ou do Dependente;

16.1.1.1. No caso de óbito do Beneficiário TITULAR, fica facultado ao cônjuge beneficiário ou ao beneficiário mais idoso, ou aquele que vier a ser indicado como responsável, no caso de serem os beneficiários menores de idade, manter o contrato nas mesmas condições em prol de todos os beneficiários.

16.1.2. No caso de Beneficiários Dependentes, por solicitação de exclusão, por parte do Beneficiário Titular ou responsável legal.

16.1.3. No caso de cancelamento do plano pelo beneficiário Titular, o que implicará no cancelamento do plano dos dependentes.

16.2. As alterações acima mencionadas serão processadas em sistema com a data do protocolo da solicitação na CONTRATADA.

16.3. A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

16.3.1. O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

17. Cláusula Décima Sétima **DA ABRANGÊNCIA**

17.1. – As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente Contrato é qualificada como Grupo de Municípios, compreendida pelos seguintes municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá e Ribeirão Pires, inexistindo qualquer direito ou obrigação que possa ser exigido por atendimentos de serviços ocorridos fora dos limites geográficos aqui fixados, mesmo que definidos como de urgência ou emergência.

18. Cláusula Décima Oitava DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, e na correspondência que complementarmente vier a ser trocada entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.

18.2. Modificações das Cláusulas deste Contrato serão admitidas por simples cartas, que assinadas por ambas as partes, passarão a fazer parte integrante deste Contrato.

18.3. Qualquer tipo de solicitação de alteração em dados cadastrais do **CONTRATANTE** e/ou dependentes deverá ser realizada de forma expressa pelo **CONTRATANTE** e protocolada pela **CONTRATADA**.

18.4. A **CONTRATADA** não se responsabiliza por qualquer informação, promoção, promessa ou outros comprometimentos que não façam parte deste contrato ou de seus anexos, exceto se previamente aprovados por escrito pela **CONTRATADA**.

18.5. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, o “Manual de Orientação do Beneficiário” e demais Anexos/Aditivos firmados pelo **CONTRATANTE** que declara tê-los recebido e ter ciência de seus conteúdos.

18.6. Qualquer tolerância ou concessão por parte da **CONTRATADA** não implica perdão, novação, renúncia, alteração do pactuado ou direito adquirido pelos beneficiários.

18.7. Será entregue ao beneficiário o “Manual de Orientação do Beneficiário”, informando a rede própria e credenciada, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas, em razão do processo dinâmico do quadro de médicos e outros prestadores.

18.8. Com a finalidade de preservar o sigilo nos casos previstos na legislação em vigor, o fluxo de informações médicas, relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, ficará sob a responsabilidade de profissional médico, especialmente designado para este fim, denominado como Coordenador Médico de Informações em Saúde.

18.9. É expressamente vedado ao Médico facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso, bem como revelar fato, segredo ou informação, de que tenha conhecimento em virtude única do exercício de sua profissão, referente ao atendimento médico prestado, salvo por dever legal ou autorização expressa do paciente.

18.11. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as contratantes.

19. Cláusula Décima Nona DO FORO

19.1. As partes elegem o **Foro da Comarca** do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.