

CONTRATO
COLETIVO EMPRESARIAL - PME

OURO



**Santa
Helena**
Saúde

TRABALHANDO PELA VIDA

Declaração de Oferecimento do Plano Ouro Referência - Coletivo Empresarial

Em complemento à Proposta de Adesão Nº _____ declaro para todos os fins e efeitos, que A SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A, operadora de plano de assistência à saúde devidamente registrada na ANS sob o nº 35.509-7, situada na Rua Bering, nº 114 no município de São Bernardo do Campo, em atendimento ao artigo 12, parágrafo 2º da Lei nº 9.656/98, me informou e ofereceu o Plano Ouro Referência de segmentação referência, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, padrão de acomodação enfermagem, devidamente registrado na ANS sob o nº 467.805/12-2 recusando, portanto a oferta, por não ser de meu interesse.

Por ser verdade, fazendo uso de minhas próprias razões, assino a presente declaração, a qual me foi apresentada em duas vias impressas, de igual teor e forma.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO CONTRATANTE

ASSINATURA DO REPRESENTANTE

DIFERENÇAS DOS TIPOS DE CONTRATATAÇÃO

(Redação dada pela RN nº 379, de 01/06/2015)

Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória.

Veja as particularidades de cada tipo:

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Rescisão pela operadora	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.
Reajuste***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa -RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato (NR).

ÍNDICE

DAS PARTES	4
ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	4
DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO	6
DAS EXCLUSÕES	11
DA IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	12
DA DURAÇÃO DO CONTRATO	13
DAS CARÊNCIAS	13
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	14
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	16
DO PLANO	18
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	18
DA REMUNERAÇÃO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	22
REAJUSTE	23
FAIXAS ETÁRIAS	25
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	26
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	31
RESCISÃO / SUSPENSÃO	31
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	32
DA ABRANGÊNCIA	33
DO FORO	34

Cláusula Primeira

DAS PARTES

1.1. A **CONTRATADA**, opera Planos Privados de Assistência à Saúde, prestando os respectivos serviços aos beneficiários da **CONTRATANTE**, bem como a seus dependentes, definidos estes em Cláusula específica deste Contrato, as coberturas de assistência médico-hospitalar, previstas no presente instrumento.

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 a **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 se sujeita 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, a **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

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1. São considerados beneficiários deste Contrato a população delimitada e vinculada à **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, os sócios e administradores, os demitidos ou aposentados que tenham se vinculado anteriormente à **CONTRATANTE** e os estagiários e menores aprendizes.

3.2. Consideram-se dependentes do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato, todo grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou convivente dos beneficiários titulares regularmente inscritos, da seguinte forma:

3.2.1. Cônjuge ou convivente, este último assim indicado em escritura pública de união estável emitida pelo cartório.

3.2.2. Filhos;

3.2.3. Pai e mãe;

3.2.4. Irmãos;

3.2.5. Avós e bisavós;

3.2.6. Netos e bisnetos;

3.2.7. Tios;

3.2.8. Sobrinhos;

3.2.9. Sogros;

3.2.10. Genros e Noras;

3.2.11. Enteados;

3.2.12. Menor sob guarda ou tutela;

3.2.13. Cunhados;

3.2.14. Avós do Cônjuge;

3.2.15. Netos do Cônjuge;

3.3. Fica assegurado à **CONTRATADA** o direito de exigir, a qualquer tempo, da **CONTRATANTE**, a comprovação de relação de dependente, aqui especificada.

3.4. A CONTRATANTE se obriga a, sempre que forem admitidos novos empregados em seu quadro de pessoal, comunicar à **CONTRATADA**, para que essa proceda à inclusão do mesmo no presente Plano, assim como de seus dependentes, se houver.

3.5. O ingresso dos dependentes dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

3.6. A CONTRATANTE inscreverá todos os beneficiários titulares e dependentes através de formulários próprios a serem fornecidos pela **CONTRATADA**, antes do início da vigência deste Contrato.

3.7. As alterações no quadro de beneficiários titulares, decorrentes de admissões ou demissões, serão comunicadas à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, no mesmo dia em que ocorrer o fato.

3.8. O beneficiário afastado, temporariamente, da **CONTRATANTE**, durante a vigência deste Contrato, somente terá direito de utilizar os serviços ora contratados caso a **CONTRATANTE** o mantenha vinculado ao Contrato, com o pagamento mensal da competente taxa, respeitadas as normas deste instrumento.

3.9. A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à **CONTRATADA**, quando esta julgar necessário, documentos comprobatórios de seu quadro de pessoal.

3.10. Somente será excluído do presente Contrato, aquele que deixar de pertencer ao quadro de empregados da **CONTRATANTE**, cessando, por consequência, os seus direitos e os de seus dependentes, com exceção dos casos dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

3.11. Em caso de inclusão de filhos do(a) beneficiário(a) inscrito(a) no presente Plano, menores de doze (12) anos de idade, adotados durante a vigência do presente Contrato, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo(a) beneficiário(a) adotante.

3.12. O percentual de adesão de beneficiários e dependentes não poderá ser inferior aos percentuais previstos em Proposta de Adesão, sob pena de rescisão.

3.13. Os filhos dos beneficiários devidamente inscritos pela **CONTRATANTE** no presente Plano, nascidos ou adotados (recém-nascidos) na vigência deste Contrato, e neste incluído até 30 dias do nascimento, ficarão isentos do cumprimento de qualquer período de carência, desde que o beneficiário titular já tenha cumprido carência para internação, além de que não estarão sujeitos a alegação pela **CONTRATADA**, de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando a coberturas parciais temporárias.

3.13.1. Se o beneficiário titular (pai ou mãe) ainda não tiver cumprido carência para internação, as carências já cumpridas por este serão aproveitadas pelo recém-nascido.

3.14. 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.

Cláusula Quarta

DOS SERVIÇOS COMPREENDIDOS NA COBERTURA ASSISTENCIAL DO PRESENTE CONTRATO

4.1. Está compreendida neste Contrato a cobertura relativa a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas relacionados com a Saúde –CID 10, da Organização Mundial da Saúde, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada, desde que solicitadas pelo médico assistente, respeitada a segmentação contratada.

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

4.2.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR: listadas no Rol de Procedimentos para segmentação ambulatorial.

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

4.2.3. 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.

4.2.4. CONSULTA E SESSÕES COM NUTRICIONISTA, FONOAUDIÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL: de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações e Diretrizes de Utilização, vigente à época do evento, e conforme indicação do médico assistente.

4.2.5. PSICOTERAPIA: de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações e nas **Diretrizes de Utilização**, vigentes 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.

4.2.6. PROCEDIMENTOS DE REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO FÍSICA: em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

4.2.7. ANESTESIA E MÉDICO ANESTESIOLOGISTA: os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

4.2.8. PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS ESPECIAIS:

4.2.8.1. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

4.2.8.2. 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;

4.2.8.3. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

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

4.2.8.3.2. Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem;

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

4.2.8.5. 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;

4.2.8.6. Hemoterapia ambulatorial;

4.2.8.7. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

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

4.3.1. INTERNAÇÕES HOSPITALARES: em número ilimitado de dias em clínicas básicas e especializadas reconhecidas 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. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

4.3.7. 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.

4.3.8. 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.

4.3.9. 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.

4.3.10. ÓRTESES E PRÓTESES: cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

4.3.10.1. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

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

4.3.11.1. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

4.3.11.2. 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 (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; e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

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

4.3.11.4. Hemoterapia;

4.3.11.5. Nutrição parenteral ou enteral;

4.3.11.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

4.3.11.7. Embolizações;

4.3.11.8. Radiologia intervencionista;

4.3.11.9. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

4.3.11.10. Procedimentos de Reeducação ou Reabilitação Física.

4.3.12. 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).

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

4.3.14. TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: 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.

4.3.14.1. Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços de internação psiquiátrica em regime **HOSPITALAR**, exceda o limite de 30 (trinta) dias por ano, após esse período, haverá a coparticipação, que é a participação financeira da **CONTRATANTE** quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 50%, sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.

4.3.14.2. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época.

4.3.15. CIRURGIAS CARDÍACAS: os beneficiários do presente Contrato terão direito a cirurgias cardíacas e hemodinâmica.

4.3.15.1. 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.

4.3.16. 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.

4.3.17. 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 a acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

4.3.18. TRANSPLANTES: cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos Médicos, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

4.3.18.1. as despesas assistenciais com doadores vivos;

4.3.18.2. os medicamentos utilizados durante a internação;

4.3.18.3. o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e

4.3.19. 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.

4.3.20. Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

4.3.21. Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

4.3.22. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante-SNT.

4.3.23. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

4.3.23.1. determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

4.3.23.2. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

4.3.23. Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

4.4. Estão incluídas no presente Contrato, em casos de **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.

4.4.1.1. Compreende ainda toda a cobertura relativa ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observada a cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante pré-parto; parto; e pós-parto imediato.

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, cobrir os procedimentos relativos a:

5.1.2. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;

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

5.1.4. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;

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

5.1.6. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;

5.1.7. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – CITEC;

5.1.8. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR; exceto medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas Diretrizes de Utilização.

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

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

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

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

5.1.13. ESTABELECIMENTOS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;

5.1.14. CONSULTAS DOMICILIARES ;

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

5.1.16. TRATAMENTOS EM CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS;

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

5.1.18. INTERNAÇÕES CLÍNICAS OU CIRÚRGICAS, ASSIM COMO PROCEDIMENTOS E TERAPIAS NÃO PRESCRITOS OU NÃO SOLICITADOS POR MÉDICO ASSISTENTE OU ODONTÓLOGO ASSISTENTE;

5.1.19. DESPESAS COM ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS, APARELHOS E QUAISQUER PRODUTOS PARA A SAÚDE A SEREM UTILIZADOS APÓS ALTA CONCEDIDA PELO MÉDICO ASSISTENTE, MESMO QUE RELACIONADOS COM O ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR OU NECESSÁRIOS À CONTINUIDADE DO TRATAMENTO;

5.1.20. TODA E QUALQUER DESPESA HOSPITALAR, APÓS A CONCESSÃO DA ALTA MÉDICA;

5.1.21. TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO OBSERVAREM OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO;

5.1.22. EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUNDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS;

5.1.23. EXAMES PARA A PRÁTICA DE ESPORTES, PARA ACADEMIAS DE GINÁSTICA E AQUISIÇÃO OU RENOVAÇÃO DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO – CNH;

5.1.24. TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS DE QUALQUER NATUREZA;

5.1.25. CONSULTAS, AVALIAÇÕES, SESSÕES, TRATAMENTOS E QUAISQUER PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À MEDICINA ORTOMOLECULAR;

5.1.26. VACINAS;

5.1.27. CURATIVOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE QUALQUER NATUREZA, MINISTRADOS OU UTILIZADOS FORA DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR;

5.1.28. ENFERMAGEM PARTICULAR, ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE QUALQUER NATUREZA, CONSULTAS DOMICILIARES, FISIOTERAPIA OU FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR E HOME CARE, AINDA QUE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO BENEFICIÁRIO EXIJAM CUIDADOS ESPECIAIS OU EXTRAORDINÁRIOS.

Cláusula Sexta

DA IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

6.1. A **CONTRATADA** fornecerá à **CONTRATANTE**, Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com outro documento de identificação do beneficiário paciente.

Cláusula Sétima

DA DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1. O presente Contrato vigorará por prazo indeterminado, com o início de sua vigência prevista na Proposta de Adesão.

Cláusula Oitava

DAS CARÊNCIAS

8.1. Caso a **CONTRATANTE** inscreva um número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, inexistirá a exigência do cumprimento dos prazos de carência para a utilização das coberturas previstas no presente Contrato, **desde que a formalização do pedido de ingresso ocorra em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à CONTRATANTE ou inclusão de dependente em até 30 (trinta) dias da ocorrência do ato gerador da relação de dependência.**

8.2. Caso a **CONTRATANTE** inscreva um número de participantes inferior a 30 (trinta) beneficiários ou a **formalização do pedido de ingresso ocorra após 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à CONTRATANTE, ou inclusão de dependente após 30 (trinta) dias da ocorrência do ato gerador da relação de dependência,** caberá a exigência do cumprimento dos prazos de carências para a utilização das coberturas previstas no presente Contrato, conforme abaixo:

8.2.1. Os acidentes pessoais assim definidos como eventos com data e ocorrência caracterizadas, exclusivos e diretamente externos, aleatórios, súbitos, involuntários e violentos, causadores de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa torne necessário o tratamento médico: **24 horas;**

8.2.1.1 O atendimento de urgência ou emergência, decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições, após o cumprimento da carência estabelecida no item **8.2.1.**

8.2.2. Partos a termo : **300 dias;**

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

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

8.4. A CONTRATADA admitirá a transferência de beneficiários de um plano para outro, ficando, contudo, sujeito a novos prazos de carências, em razão da alteração do padrão de acomodação e/ou da rede credenciada eventualmente acrescida, conforme os critérios seguintes, nos casos de transferência para um plano superior:

8.4.1. Carência de 180 dias para os eventos que requeiram internações, para acomodação individual e/ou para a rede credenciada eventualmente acrescida;

8.4.2. Carência de 300 dias para partos a termo, para internação em acomodação individual e/ ou para a rede credenciada eventualmente acrescida.

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

8.6. 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.

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

8.7. O beneficiário, nos casos de transferências para plano superior, terá assegurado o benefício do plano anterior, cumprindo as carências do item **8.4.1** e **8.4.2** acima para os novos benefícios oriundos da mudança.

8.8. 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.

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. Caso a **CONTRATANTE** inscreva, entre titulares e dependentes, número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, a cobertura a doenças e lesões preexistentes será integral durante todo o período de vigência contratual, **desde que a formalização do pedido de ingresso ocorra em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à CONTRATANTE, ou inclusão de dependente em até 30 (trinta) dias da ocorrência do fato gerador da relação de dependência.**

9.1.2. Caso a **CONTRATANTE** inscreva, entre titulares e dependentes, número inferior a 30 (trinta) beneficiários ou a **formalização do pedido de ingresso ocorra após 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à CONTRATANTE, ou inclusão de dependente após 30 (trinta) dias da ocorrência do fato gerador da relação de dependência** a cobertura a doenças e lesões preexistentes será parcial nos seguintes termos:

9.1.2.1. 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**.

9.1.2.2. A Declaração de Saúde conterá 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.

9.1.2.3. 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.

9.1.2.4. 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) do(s) beneficiários a ser(em) inscrito(s), seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão, a **CONTRATANTE** e/ou beneficiário, estará sujeito à cobertura parcial temporária para a referida doença ou lesão.

9.3. Para fins do presente Contrato, entende-se por **CPT - 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.

9.4. Conforme prevê o artigo 6º, § 1º, da Resolução Normativa, RN n.º 162/07, esta Operadora reserva-se o direito de não oferecer o Agravo.

9.5. Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à DLP – **Doença ou Lesão Preexistente** será integral, cessando a cobertura parcial temporária.

9.6. 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.

9.6.1. 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 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**.

9.6.2. 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.

9.6.3. 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.

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

9.6.5. 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.

9.6.6. 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 9.656/98.

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.

9.5.9. 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.

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.

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).

10.3. Somente nos casos acima o atendimento será limitado às 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**, aos seguintes requisitos:

10.5.1.1. Atendimento de Urgência ou Emergência;

10.5.1.2. Impossibilidade de utilização pela **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 1 (um) ano.

10.5.7. 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 esteja cumprindo **Carência** para internação.

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.

10.8. Nos casos acima são aplicáveis as seguintes regras:

10.8.1. Caberá à **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 pela **CONTRATANTE**.

Cláusula Décima Primeira

DO PLANO

11.1. Por determinação ou escolha do contratante os beneficiários e seus dependentes serão inscritos conforme previsto em Proposta de Adesão.

Cláusula Décima Segunda

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1. 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, ambulatórios, 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.

12.1.1. 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.

12.2. 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.

12.2.1. 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.

12.2.2. 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”.

12.2.3. Em ocorrendo os descredenciamentos a que aludem os itens **12.2.1.** e **12.2.2.** 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.

12.2.4. 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**.

12.2.5. 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.

12.3. 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.

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

12.4. 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.

12.5. 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.

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

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

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

12.8. 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.

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

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

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

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

12.10.2. 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.

12.10.3. 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 à Rede Própria ou Credenciada” – proceder da seguinte forma:

12.10.3.1. 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.

12.10.3.2. 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.

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

12.10.5. 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**.

12.10.5.1. 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, a 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.

12.11. 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.

12.11.1. 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.

12.12. 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”.

12.13. 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.

12.13.1. 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.

12.13.2. 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.

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

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

12.13.5. 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.

12.13.6. 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”.

12.14. 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 desempataador, escolhido de comum acordo pelos dois nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

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

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

12.15. COPARTICIPAÇÃO - 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 coparticipação, **que é a participação financeira da CONTRATANTE quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 50%, sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época da contratação.**

12.15.1. 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 50 % à **CONTRATANTE** em sua fatura mensal.

12.16. 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.

12.17. 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.

12.17.1. 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.

12.17.2. 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 Décima Terceira

DA REMUNERAÇÃO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.1. As Taxas Mensais de Manutenção constarão em Proposta de Adesão e que pelas partes assinado, fica fazendo parte integrante do mesmo e serão cobradas pelo sistema de pré-pagamento.

13.2. O valor total da remuneração mensal que a **CONTRATANTE** efetuará à **CONTRATADA**, resultará da multiplicação do número dos beneficiários pelo valor per capita vigente no mês considerado, de acordo com o tipo do plano optado, previsto em aditivo contratual.

13.2.1 Havendo divergência de até 10% (dez por cento), a fatura deverá ser paga pelo valor apresentado, sendo os acertos realizados no faturamento do mês seguinte.

13.2.2. Excepcionalmente, mediante a solicitação da **CONTRATANTE** e desde que aprovado pela **CONTRATADA** a fatura poderá ser ajustada para o valor médio por beneficiário.

13.3. No ato da assinatura deste Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** uma taxa de implantação, cujo valor, se aplicado, será estabelecido em Proposta de Adesão.

13.4. As terceiras vias do cartão de identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, à razão de 10% do valor per capita, do plano ao qual o beneficiário está inscrito, vigente à época.

13.5. O valor da remuneração contratual será discriminado em fatura emitida mensalmente facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

13.6. As regras relativas à quitação das faturas e ao fechamento cadastral constarão em Proposta de Adesão.

13.7. Em caso de atraso na liquidação, a **CONTRATANTE** deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos 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.

13.8. O pagamento dos serviços prestados pela **CONTRATADA** será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, com exceção ao previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98 e aos entes da administração pública direta ou indireta.

13.9. Não haverá distinção quanto ao valor da Taxa Mensal de Manutenção entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

Cláusula Décima Quarta

REAJUSTE

14.1. As taxas mensais serão reajustadas através do índice de reajuste do IGP-M da Fundação Getúlio Vargas

14.2. 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 Taxa será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

14.3. Além da modalidade de reajuste estipulada no item anterior, fica pactuado que as Taxas Mensais sofrerão, ainda, mais as seguintes majorações:

14.3.1. Aumento decorrente da impactação, na estrutura de custo da **CONTRATADA**, de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Contrato; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência de sinistralidade ou da utilização dos serviços.

14.3.2. Faixa etária: de acordo com o item Faixas Etárias.

14.4. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano deste contrato.

14.5. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas taxas terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, por tratar-se de uma data-base única.

14.6. As regras previstas nos itens **14.4.** e **14.8.** não se aplicam às variações do valor da Taxa Mensal de Manutenção em razão de mudança de faixa etária.

14.7. As variações no valor da Taxa Mensal de Manutenção, decorrentes do período de reajuste, tanto positivas, negativas ou iguais a zero, serão comunicadas à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos termos do normativo vigente.

14.8. A data-base, para efeito de reajuste, será considerada após 12 meses da vigência contratual, anualmente, de acordo com os critérios deste contrato e aditivo, sendo considerado o período de 3 meses de antecedência para apuração, na hipótese de aplicação do índice definido em aditamento contratual ou 6 meses de antecedência para apuração, no caso de aplicação do índice baseado nos critérios definidos no item **14.3.1.**

14.9. POOL DE RISCO: Caso o presente contrato possua menos de 30 (trinta) beneficiários no momento do aniversário do contrato, deverão ser observadas as seguintes regras:

14.9.1. Todos os valores de remuneração do presente contrato serão reajustados automática e anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo índice financeiro IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), da FGV – (Fundação Getúlio Vargas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

14.9.2. Além do índice estipulado no item anterior, os preços também poderão ser reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, caso seja apurada sinistralidade superior a 70% no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$R = (1 + R_{\text{Técnico}}) \times (1 + R_{\text{Financeiro}}) - 1$$

$R_{\text{Financeiro}}$ = IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado)

14.9.2.1. Para fins de obtenção da sinistralidade do presente plano privado de assistência à saúde, serão considerados eventuais ressarcimentos realizados pela **CONTRATADA** ao Sistema Único de Saúde – SUS, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários da **CONTRATANTE** no serviço público.

14.9.3. O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 70%, e será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$R_{\text{Técnico}} = \frac{S}{S_m} - 1, \text{ onde:}$$

S = Corresponde à sinistralidade do período – 12 meses S_m = Corresponde à meta de sinistralidade – 70%

14.9.4. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa – RN n.º 309/12 e posteriores alterações, se na data do aniversário do contrato, for verificado que a quantidade de beneficiários vinculados a este plano privado de assistência à saúde é inferior a 30 participantes, para o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será considerado o agrupamento deste contrato com os demais contratos coletivos da carteira da **CONTRATADA** que possuam menos de 30 participantes.

14.9.4.1. O agrupamento de contratos é medida da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que tem por finalidade promover a distribuição para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles.

14.9.5. Este contrato perderá a condição de agregado ao agrupamento caso no futuro venha a atingir 30 participantes ou mais, sendo que, neste caso, o cálculo da sinistralidade e do reajuste técnico será feito de forma individualizada, considerando as cláusulas de reajuste vigentes no contrato, sem considerar qualquer agrupamento.

14.9.6. Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada beneficiário (titulares e dependentes) serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no plano.

14.9.7. Fica ainda estabelecido que:

14.9.7.1. O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;

14.9.7.2. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes nesta cláusula;

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

14.9.7.4. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato e plano privado de assistência à saúde.

14.9.8. Conforme preceitua a legislação vigente, a **CONTRATADA** se compromete a informar à ANS os reajustes aplicados no presente contrato.

Cláusula Décima Quinta

FAIXAS ETÁRIAS

15.1. Para os contratos cuja remuneração seja instituída por faixa etária, em 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:

Faixa Etária	Reajuste
0 a 18	—
19 a 23	35,80% sobre a faixa anterior
24 a 28	17,40% sobre a faixa anterior
29 a 33	10,00% sobre a faixa anterior
34 a 38	4,55% sobre a faixa anterior
39 a 43	11,71% sobre a faixa anterior
44 a 48	20,08% sobre a faixa anterior
49 a 53	19,39% sobre a faixa anterior
54 a 58	43,77% sobre a faixa anterior
59 ou mais	41,83% sobre a faixa anterior

15.2. 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.

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

16.1. A **CONTRATANTE** deverá, no ato da comunicação do Aviso Prévio (a ser cumprido ou indenizado) ou da comunicação da aposentadoria, informar de maneira inequívoca ao ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, o direito de manutenção da condição de beneficiário do plano privado de assistência à saúde, para que ele possa manifestar sua opção no prazo máximo de 30 dias, contados da data da comunicação ora referida.

16.2. A contratante é responsável por informar à Contratada, por meio de declaração, que não há participação dos funcionários ativos no custeio mensal do plano na ocasião do desligamento, nem houve em momento anterior, ainda que para outra Operadora.

16.3. Aos beneficiários, com vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da **CONTRATANTE**, por haverem sido demitidos ou exonerados sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assumam o pagamento integral do mesmo, obrigatoriamente para si e seus dependentes, inscritos nesta condição.

16.3.1. A obrigatoriedade de que trata o item **16.3.** não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, assim como não exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no período de manutenção da condição de beneficiário, considerando os critérios de elegibilidade do plano de ativos.

16.3.2. A permanência no Plano, prevista no presente item, será por período igual a um terço do tempo de contribuição para o plano, **sendo assegurado ao beneficiário, um período mínimo de seis meses e máximo de vinte e quatro meses.**

16.4. Aos beneficiários, com vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da **CONTRATANTE**, por haverem **adquirido direito à aposentadoria**, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assumam o pagamento integral do mesmo, obrigatoriamente para si e seus dependentes, inscritos como nesta condição.

16.4.1. A obrigatoriedade de que trata o item **16.4.** não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar, assim como não exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário, considerando os critérios de elegibilidade do plano de ativos.

16.4.1.1. Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa, no momento de seu desligamento será garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656/98 e nesta Resolução.

16.4.1.2. O direito de manutenção de que trata o item **16.4**, é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na **CONTRATANTE** e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656/98, considerando os critérios de elegibilidade do plano de ativos.

16.4.2. A permanência no Plano ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

16.4.2.1 Se o aposentado **contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos**, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, **por prazo indeterminado**.

16.4.2.2 Se o aposentado **contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos**, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, **à razão de um ano para cada ano de contribuição**.

16.5. Para os fins deste contrato, define-se como contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

16.5.1. Também será considerada contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.

16.5.2. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

16.5.3. A manutenção do contrato para demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

16.5.3.1. Pelo decurso dos prazos previstos respectivamente nos itens **16.3.2.** e **16.4.2.** do presente contrato;

16.5.3.2. Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou

16.5.3.3. Pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

16.5.4. Considera-se novo emprego para fins do disposto no item **16.5.3.2.** o 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.

16.5.5. Na hipótese da **CONTRATANTE** cancelar o benefício do presente contrato aos seus usuários, fica garantida a opção de contratação destes usuários aos planos individuais/familiares da **CONTRATADA**, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, enquanto a **CONTRATADA** comercializar os mencionados planos individuais/familiares.

16.5.5.1. A contratação ora referida obedecerá às condições normais de comercialização, à exceção do cumprimento dos prazos de carência.

16.6. Em caso de morte do beneficiário titular, durante o gozo desse benefício, os seus dependentes cobertos pelo Plano terão direito de permanência, durante os períodos fixados e mediante o pagamento da respectiva taxa mensal a eles correspondente.

16.7. O preço integral a ser pago pelos beneficiários inativos, deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária deste contrato, com as devidas atualizações, o mesmo ocorrendo com relação aos seus dependentes.

16.8. Na hipótese do usuário titular e seus dependentes encontrarem-se cumprindo carência ou **CPT – Cobertura Parcial Temporária**, o prazo remanescente deverá ser integralmente cumprido.

16.9. A **CONTRATANTE** deverá comunicar por documento escrito ao beneficiário titular, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, no ato da rescisão do Contrato de Trabalho, o direito de manutenção da condição de beneficiário do plano privado de assistência à saúde, para que ele possa manifestar sua opção no prazo máximo de 30 dias, contados da data da comunicação da dispensa ou da concessão da aposentadoria.

16.9.1. No ato da opção pela continuidade quando da entrega do formulário preenchido, deverá o Usuário demitido ou aposentado efetuar o pagamento da primeira Taxa Mensal de Manutenção, em razão da adoção do sistema de pré-pagamento. As demais serão cobradas conforme o disposto no item **16.12**.

16.9.2. A **CONTRATANTE** deverá encaminhar à **CONTRATADA**, os seguintes documentos relativos ao Usuário demitido ou aposentado que optar pela continuidade da assistência e ao(s) seu(s) dependente(s):

16.9.2.1. Documento de opção do demitido ou aposentado pela manutenção neste Plano de Assistência Médica;

16.9.2.2. Cópia da comunicação do Aviso Prévio e/ou da concessão da aposentadoria, a depender da condição do beneficiário no momento do desligamento;

16.9.2.3. Cópia do Registro e da rescisão do contrato de trabalho do usuário demitido ou aposentado;

16.9.2.4. Cópia dos comprovantes das contribuições do usuário demitido para o Plano Empresarial ocorrida a qualquer tempo;

16.9.2.5. No caso de aposentado, comprovação de todo o período em que o usuário contribuiu para o Plano Empresarial.

16.9.3. Tanto no caso de demitidos e exonerados sem justa causa, como de aposentados, a **CONTRATANTE** deverá informar, sob pena de fraude, o tempo exato que o beneficiário contribuiu para o plano de saúde durante todo o contrato de trabalho, mesmo que este, no ato do desligamento da empresa não esteja realizando contribuição.

16.9.4 A CONTRATANTE, ao enviar à **CONTRATADA** a comunicação da exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde, deverá informar a esta, por meio de formulário próprio:

16.9.4.1. Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

16.9.4.2. Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 279, ou seja, informar tratar-se de empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa;

16.9.4.3. Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

16.9.4.4. Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e

16.9.4.5. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

16.9.5. A exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde somente deverá ser aceita pela **CONTRATADA** mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas nos item **16.9.4. e subitens**.

16.9.6. A exclusão do beneficiário será confirmada e aceita pela **CONTRATADA**, diante da apresentação do formulário específico para este fim, desde que assinado pelo beneficiário e constando sua renúncia à continuidade no plano.

16.9.6.1. A **CONTRATANTE** deverá enviar à **CONTRATADA** o formulário acima referido, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas a contar do seu recebimento, para que se efetivem os procedimentos de cadastro/exclusão do Usuário demitido ou aposentado, conforme opção deste, juntamente com os documentos previstos no item **16.9.2 e subitens**.

16.9.6.2. Ressalte-se que caso a documentação referida no item **16.9.2 e subitens** não seja encaminhada ou na ocorrência de alguma pendência, o beneficiário permanecerá vigente e ativo na fatura da empresa contratante, que arcará com o valor correspondente ao seu custo mensal normalmente, até que proceda a devida regularização.

16.10. Além do estabelecido no item **16.5.3. e subitens**, constituem motivos bastante, que implicarão na exclusão do usuário demitido ou aposentado e de seus dependentes, quando houver:

16.10.1. O não pagamento da Taxa Mensal de Manutenção após 30 (trinta) dias do vencimento: implicará em imediata exclusão do Usuário Titular e de seu(s) dependente(s), independentemente de qualquer aviso, cobrança, ou notificação.

16.10.2. A rescisão do contrato do plano mantido pela **CONTRATANTE** para os empregados com possibilidade de contratação de plano privado de assistência à saúde de outra operadora;

16.10.3. Qualquer outra modalidade de fraude ou tentativa, dolo ou não cumprimento das obrigações decorrentes de lei ou deste contrato.

16.11. Será responsabilidade única e exclusiva dos usuários demitidos e aposentados o pagamento integral de Taxas Mensais de Manutenção e de seu(s) dependente(s), relativas à sua permanência neste plano, diretamente à **CONTRATADA**, respeitado o sistema de pré-pagamento adotado.

16.12. A cobrança mensal será efetuada via boleto bancário com vencimento após 30 (trinta) dias da data de sua adesão ao plano de inativos e o valor corresponderá às Taxas Mensais de Manutenção do Usuário titular e de seu(s) dependente(s) relativas à utilização dos serviços durante aquele período, obedecendo ao sistema de pré-pagamento.

16.13. O Usuário Titular, bem como seu(s) dependente(s), somente poderão utilizar-se dos serviços objetos deste contrato, mediante apresentação de seu cartão de identificação, juntamente com o comprovante de pagamento da última Taxa Mensal de Manutenção, ainda assim, desde que não subsistam débitos anteriores em atraso, caso em que os mesmos deverão ser quitados, com multa de 2% (dois por cento), acrescidos de 1% ao mês de juros de mora, e atualizados monetariamente conforme a legislação vigente.

16.14. A exemplo da forma de precificação dos ativos, o valor referente aos inativos será calculado conforme tabela de faixa etária constante das Condições Especiais do presente contrato.

16.14.1. A referida tabela estará sujeita a todas as atualizações e reajustes aplicados ao contrato principal, e os beneficiários estarão sujeitos também aos respectivos reajustes ocasionados por variação de faixa etária.

16.15. A **CONTRATANTE** participará do financiamento do presente plano conforme definido na Proposta de Adesão.

16.16. O benefício estabelecido nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

16.17. A contribuição do empregado no pagamento de contraprestação pecuniária dos planos privados de assistência à saúde, oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou

transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

Cláusula Décima Sétima

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1. A exclusão dos beneficiários principais dar-se-á, automaticamente, com a desvinculação do empregado da empresa **CONTRATANTE**, desde que não manifestado pelos beneficiários por escrito à **CONTRATANTE** o interesse de permanecer no plano, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, incumbindo à **CONTRATANTE** a obrigação de, imediatamente, encaminhar à **CONTRATADA** referida manifestação para as providências pertinentes.

17.1.1. A exclusão deverá ser comunicada à **CONTRATADA** na data em que ocorrer o fato e se opera a partir do primeiro dia do mês subsequente à desvinculação do empregado, da **CONTRATANTE**.

17.1.2. Quando da exclusão, a **CONTRATANTE** deverá recolher e inutilizar os cartões de identificação do beneficiário principal e, se houver, de seus dependentes.

17.1.3. As despesas decorrentes do atendimento de empregado ou de seus dependentes que deixaram de pertencer ao quadro de empregados da **CONTRATANTE**, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à **CONTRATADA**, serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

17.2. A **CONTRATANTE** deverá enviar, sempre que solicitado, à **CONTRATADA** xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o **FGTS**, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.

17.3. Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, contudo, a **CONTRATADA** poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da **CONTRATANTE** em caso de fraude ou por perda dos vínculos do titular com a **CONTRATANTE** ou de dependência, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

Cláusula Décima Oitava

RESCISÃO / SUSPENSÃO

18.1. O presente Contrato poderá ser rescindido, imotivadamente, somente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante aviso, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

18.1.1. O presente Contrato poderá ser rescindido, inclusive nos primeiros 12 (doze) meses de vigência contratual, por caracterização de fraude, pela solicitação de recuperação judicial / extrajudicial ou falência por parte da **CONTRATANTE**, pelo atraso no pagamento de 02 (duas) faturas ou mais, na hipótese de inclusão de beneficiários diferentemente do informado na solicitação de proposta de contratação, que serviu de parâmetro para a estipulação de condições do presente contrato, quantidade de beneficiários inferior à estipulada em Aditivo Contratual, independente de outros motivos que sejam comprovadamente suficientes para a referida rescisão, ou violação de quaisquer cláusulas e condições previstas neste instrumento.

18.2. Na hipótese de rescisão imotivada requerida antes do período de 12 (doze) meses, fica estipulado o pagamento de multa de 10% (dez por cento) calculada sobre a soma das contraprestações vincendas do período remanescente devida pela parte que solicitou a rescisão. O cálculo de tais contraprestações terá por base o valor per capita atualizado e o número de beneficiários considerados nos últimos 3 meses.

18.3. A **CONTRATADA** poderá suspender o atendimento aos beneficiários se o pagamento não for efetuado até 5 (cinco) dias do vencimento da fatura.

18.4. Durante cumprimento do período de aviso prévio não serão admitidas quaisquer movimentações cadastrais.

18.5. Na hipótese de rescisão contratual, encerramento do contrato pelo término da sua vigência ou perda dos benefícios do artigo 30 e 31 da Lei nº 9656/98, caberá à **CONTRATANTE** garantir o atendimento aos beneficiários inscritos, sob pena de arcar com todos os custos decorrentes de utilização ocorrida após a rescisão, encerramento ou perda dos benefícios do artigo 30 e 31 da Lei nº 9656/98, inclusive os decorrentes de medida judicial originada pelos beneficiários, incluindo-se os honorários advocatícios e custas judiciais, mesmo que, por decisão judicial, sejam considerados como beneficiários individuais.

Cláusula Décima Nona

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. 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**.

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

19.3. Qualquer tipo de solicitação de alteração em dados cadastrais da **CONTRATANTE** e/ou beneficiários, por iniciativa da **CONTRATANTE**, deverá ser realizada de forma expressa e encaminhada à **CONTRATADA**.

19.4. 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**.

19.5. 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 pela **CONTRATANTE** que declara tê-los recebido e ter ciência de seus conteúdos.

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

19.7. 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.

19.8. Conforme determina a regulamentação normativa da Lei n.º 9656/98, esta Operadora compromete-se a entregar o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - **MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.**

19.9. 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.

19.10. É expressamente vedado ao Médico facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papéletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao sigilo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso, bem como revelar fato, sigilo 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.

19.11. Para os casos sujeitos ao cumprimento dos períodos de **CPT – Cobertura Parcial Temporária e Carências**, no que diz respeito ao número de beneficiários inscritos, este contrato será regido pelas seguintes regras em caso de diminuição ou acréscimo no número de vidas:

19.11.1. O número de vidas a ser considerado será aquele existente no momento da adesão do beneficiário.

19.11.2. Para efeito de cadastramento as movimentações cadastrais de inclusão e exclusão, serão processadas conjuntamente e obedecerão a seguinte ordem: 1º Data de Protocolo, 2º Data do fato gerador (ex.: data da admissão, data do nascimento, data da demissão, data do óbito, etc.) e 3º Ordem alfabética.

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

Cláusula Vigésima

DA ABRANGÊNCIA

20.1. – 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 e São Bernardo do Campo, 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.

Cláusula Vigésima Primeira

DO FORO

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



SANTA HELENA SAÚDE

ANS - Nº 35.509-7



TRABALHANDO PELA VIDA

Central de Agendamento (consultas e exames)

(11) 4336 9777 (exceto exames especiais)

SAC 24 HORAS

**(informações, dúvidas, reclamações,
orientações sobre suspensão ou cancelamento de plano)**

0800 191 817

Fale Conosco:

www.santahelensaude.com.br

Ouvidoria:

www.santahelensaude.com.br

Informações sobre substituição de prestadores:

Central de Atendimento 4336-9777

ou **www.santahelensaude.com.br**