

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**  
**PLANO DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE**  
**REGIME COLETIVO EMPRESARIAL**

RESUMO DE INFORMAÇÕES CONTRATUAIS – (“RIC”)	
CARACTERÍSTICAS PLANO PRETENDIDO	
<b>CONTRATANTE:</b> <b>CPF/CNPJ:</b> <b>ENDEREÇO:</b> <b>CIDADE/UF:</b> <b>CONTATO:</b> <b>TEL.:</b> <b>OBJETO:</b> <b>ESCOPO:</b> <b>PRAZO DE DURAÇÃO:</b> <b>DATA INÍCIO:</b> <b>RESCISÃO:</b> <b>VALOR TOTAL DO CONTRATO:</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>CEP:</b>  <b>E-MAIL:</b>  <b>CEL.:</b> </div> <div> <b>TIPO DE DURAÇÃO:</b>  <b>DATA</b> </div> </div> <p>PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL</p> <p>Proposta Comercial Nº.</p> <p style="text-align: right;">INDETERMINADO</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div> <b>AVISO PRÉVIO:</b>  <b>PRAZO DE PAGAMENTO:</b> </div> </div>

Plano Pretendido	Planos	Mecanismo de regulação	Código ANS	Abrangência geográfica*	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Reembolso de honorários e despesas médicas
	SLIM AMBULATORIAL	Sem Coparticipação	494.281/23-7	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL	Não aplicável	Proposta Comercial e Anexo I
	SLIM AMBULATORIAL COPART	Com Coparticipação	494.282/23-5	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL	Não aplicável	Proposta Comercial e Anexo I
	SELECT ENF	Sem Coparticipação	494.280/23-9	Grupo de Municípios – (b)*	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I

	SELECT ENF COPART	Com Coparticipação	494.278/23-7	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	SELECT APTO	Sem Coparticipação	494.277/23-9	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	Individual	Proposta Comercial e Anexo I
	SELECT APTO COPART	Com Coparticipação	494.279/23-5	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	Individual	Proposta Comercial e Anexo I
	SELECT ENF SEM OBSTETRÍCIA	Sem Coparticipação	497.437/23-9	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	SELECT ENF COPART SEM OBSTETRÍCIA	Com Coparticipação	497.438/23-7	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	SELECT APTO SEM OBSTETRÍCIA	Sem Coparticipação	497.439/23-5	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	Individual	Proposta Comercial e Anexo I
	SELECT APTO COPART SEM OBSTETRÍCIA	Com Coparticipação	497.441/23-7	Grupo de Municípios – (b)	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA	Individual	Proposta Comercial e Anexo I
	COMFORT ENF AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA	Com Coparticipação	504.272/25-1	Grupo de municípios (b)	AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	COMFORT ENF AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA	Sem Coparticipação	504.274/25-7	Grupo de municípios (b)	AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	COMFORT APTO AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA	Com Coparticipação	504.271/25-2	Grupo de municípios (b)	AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	COMFORT APTO AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA	Sem Coparticipação	504.273/25-9	Grupo de municípios (b)	AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I

	COMFORT ENF AMB + HOSP SEM OBSTETRÍCIA	Com Coparticipação	504.267/25-4	Grupo de municípios (b)	AMB + HOSP SEM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	COMFORT ENF MB + HOSP SEM OBSTETRÍCIA	Sem coparticipação	504.269/25-1	Grupo de municípios (b)	MB + HOSP SEM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	COMFORT APTO AMB + HOSP SEM OBSTETRÍCIA	Com Coparticipação	504.270/25-4	Grupo de municípios (b)	AMB + HOSP SEM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I
	COMFORT APTO AMB + HOSP SEM OBSTETRÍCIA	Sem coparticipação	504.268/25-2	Grupo de municípios (b)	AMB + HOSP SEM OBSTETRÍCIA	Coletiva	Proposta Comercial e Anexo I

Assinalar com um “X” a opção do plano pretendido.

- a) **ATENÇÃO:** Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular.
- b) **\*ABRANGÊNCIA:** O Plano Pretendido abrange as seguintes cidades: Gravataí, Imbé, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Sapiranga, Santo Antônio da Patrulha.
- c) **PLANOS:** O Plano pretendido pode variar de acordo com a modalidade de contratação, sendo importante, observar que poderão ter coberturas, áreas de abrangência, seguimentos médicos compreendidos para cada tipo de contratação conforme registro da ANS e descrição acima.
- d) **AMBULATORIAL:** O Plano pretendido possui apenas atendimento eletivo, não contemplando eventuais internações.
- e) **ENFERMARIA:** A acomodação dispõe de quartos coletivos para o beneficiário, não possuindo acomodação exclusiva para si ou seu acompanhante.
- f) **APARTAMENTO:** A acomodação dispõe de acomodação individual para o Beneficiário e seu acompanhante, quando houver disponibilidade na rede credenciada.
- g) **OBSTETRÍCIA:** O plano de saúde pretendido tem cobertura para beneficiários(as),

grávidas, gestantes, lactantes, do momento da concepção até o puerpério.

- h) **DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO:** Na qualidade de **CONTRATANTE**, declaro expressamente ter tido toda e qualquer orientação prévia acerca dos meus direitos e dos procedimentos a serem adotados para execução do presente contrato, especificamente, sobre a proposta comercial, termos, condições e orientações, conforme definido neste instrumento e seus anexos.
- i) **ANUÊNCIA:** Por fim, declaro que firme o presente contrato anuindo expressamente com todo seu conteúdo, bem como declaro a minha anuência com todo o disposto nas condições gerais do contrato, não tendo quaisquer dúvidas.

Assinatura do Contratante:

---

**[NOME DO CONTRATANTE]**

**CNPJ: [=]**

---

## GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano de saúde se destina a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: a) referência; b) ambulatorial; c) hospitalar sem obstetrícia; e suas combinações.
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser semiprivativo (coletiva) ou privativo (individual).
<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contra todas. À exceção da abrangência nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupos de estados, grupos de municípios ou municipal.
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, que está previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica. Para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes (OLP) são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável tenha ciência de ser portador quando de seu ingresso no contrato.
<b>CARÊNCIAS</b>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito às coberturas contratadas. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente descrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional/terceira opinião/junta médica) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.

<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.
<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como a inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.
<b>CONTINUIDADE DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART.30 E 31 DA LEI Nº 9656/1998)</b>	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.

Para se informar sobre este e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, consulte a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque - ANS (0800 701 9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

*O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557/22 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.*

Assinatura do Contratante:

---

**[NOME DO CONTRATANTE]**

**CNPJ: [=]**

---

## DEFINIÇÕES CONTRATUAIS

Mediante a compreensão e entendimento da Proposta Comercial, das Características do Plano Pretendido, descritos no RIC, no presente Contrato as seguintes palavras e expressões quando iniciadas em letra maiúscula, em sua forma singular ou plural, deverão ter os significados previstos abaixo:

PALAVRA-CHAVE	DEFINIÇÃO
ACIDENTE PESSOAL	É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
ACOMODAÇÃO	É o tipo de acomodação escolhida para casos de internação, podendo ser: (i) Coletiva, nos casos de Enfermaria; e (ii) Individual, nos casos de Apartamento.
AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO	Acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao beneficiário como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.
AMBULATÓRIO	Estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)	Autarquia federal, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
APARTAMENTO	Tipo de acomodação escolhida para internação em quarto exclusivo, conforme estrutura da rede hospitalar.
ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área de atuação da operadora, definida em contrato, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	É aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
ATENDIMENTO OBSTÉTRICO	Todo atendimento prestado à gestante em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO	Pessoa física que adere ao contrato, usufruindo dos serviços oferecidos de acordo com a segmentação contratada, seja na qualidade de titular ou dependente, conforme definido na cláusula oitava.
BENEFICIÁRIO TITULAR	Para efeito deste contrato, são beneficiários titulares aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, regularmente inscritos como tais, na ON MED.
BENEFICIÁRIO DEPENDENTE	Pessoa natural incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com parentesco consanguíneo ou por afinidade, e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao beneficiário titular, na forma da legislação em vigor e conforme estipulado em contrato.
CÁLCULO ATUARIAL	É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.
CANCELAMENTO	É realizado pelo descumprimento do presente contrato, inclusive, em situações de inadimplência.
CARÊNCIA	É o período ininterrupto, contado a partir da data de inclusão do beneficiário, durante o qual este deverá permanecer sem direito a determinadas coberturas após a contratação do plano.
CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO	Cédula/ Aplicativo digital onde se determina a identidade do beneficiário, validade e código de inscrição na ON MED.
CATÁLOGO DE MÉDICOS CREDENCIADOS E HOSPITAIS	Relação, com os respectivos endereços, dos médicos, clínicas, laboratórios e hospitais credenciados a prestarem serviços ao beneficiário, disponíveis no site da ON MED <a href="http://www.onmedsaude.com.br">www.onmedsaude.com.br</a> e central de atendimento através do telefone (51) 2165-5100.
CID-10	É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
CONDIÇÕES PARTICULARES	Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da operadora quanto do beneficiário de um mesmo plano de assistência à saúde
CO-PARTICIPAÇÃO	É o montante definido contratualmente em termos fixos ou percentuais, que o beneficiário deve compartilhar com a operadora em cada evento, conforme especificado no plano de assistência à saúde.
COBERTURAS	São as cláusulas contratadas que definem os direitos dos beneficiários.



COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	Período de 24 (vinte e quatro) meses durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário não têm cobertura integral, mediante suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em Unidades de Tratamento Intensivo - UTI, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 13/08/1998.
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU)	É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.
CONSULTA	É o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.
CONSULTA DE RETORNO	É assim considerada qualquer consulta para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares, ou exclusivamente para prescrição de medicamentos.
CONTRATADA	A ON MED, qualificada neste contrato, que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos credenciados, ou por ela contratada.
CONTRATANTE	É a pessoa jurídica, qualificada neste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus dirigentes, empregados e dependentes, nos termos da legislação aplicável e deste instrumento contratual.
CONVIVENTE	Pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato, mancebia; amigado, amasiado, companheiro.
DECLARAÇÃO DE SAÚDE	É o documento preenchido pelo beneficiário ou seu representante legal, de próprio punho, que expressa as condições particulares de saúde dele.
DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE	É todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação/adesão ao plano de saúde ou que tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

ENFERMARIA	Tipo de acomodação escolhida para internação em quarto coletivo, conforme estrutura da rede hospitalar.
EVENTO	É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenha como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.
EVENTO COBERTO	É todo evento ocorrido com o beneficiário durante a vigência de cobertura do contrato, cujas despesas estejam cobertas e previstas em contrato e que não configure na cláusula de exclusões de cobertura.
EXAME	É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
EXAMES SIMPLES	São aqueles que a quantidade em Ch's (Referência de Tabela AMB- Associação Médica Brasileira) é inferior a 200 ou o Porte (Referência de Tabela CBHPM-Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) é inferior a 2A.
EXAMES ESPECIAIS	São aqueles que a quantidade em Ch's (Referência de Tabela AMB- Associação Médica Brasileira) é superior a 200 ou o Porte (Referência de Tabela CBHPM-Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) é superior a 2B.
GLC	Guia de Leitura Contratual.
INSCRIÇÃO	É o ato de incluir um beneficiário no plano, uma vez preenchidas - na forma prevista neste contrato, na legislação aplicável e na regulamentação editada pela ANS - as condições de admissão do beneficiário para participar do plano de saúde e apresentados os documentos comprobatórios.
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Situação na qual o beneficiário é admitido no hospital, ficando sob os cuidados do médico credenciado, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA	São unidades de terapia intensiva, unidades de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidades coronarianas, unidades de tratamento de pacientes queimados e unidades de isolamento.
MPS	Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.
MENSALIDADE	Cada um dos pagamentos efetuados para custeio do plano de assistência à saúde, mesmo que em periodicidade diversa da mensal.
OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Pessoa jurídica devidamente registrada na ANS que opere planos privados de assistência à saúde.

ÓRTESE	Acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
PRÓTESE	Peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
PATOLOGIA	Modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
PLANO	É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.
PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	Plano ofertado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimentos médicos, hospitalares ou outros de assistência à saúde conforme previstos no contrato.
PRIMEIROS SOCORROS	É o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE	São aqueles relacionados como tais em norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
PRODUTOS	São modalidades de planos oferecidos pela ON MED.
PRODUTO DE ACIDENTE DO TRABALHO	É aquele que proporciona cobertura para os atendimentos relacionados ao acidente do trabalho e suas consequências, não sendo cobertos os atendimentos referentes à saúde ocupacional, tais como exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.
PROPOSTA DE COMERCIAL	É o documento mediante o qual a CONTRATANTE expressa a sua intenção em aderir ao plano de saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos no contrato.
REDE CREDENCIADA	É o conjunto de prestadores de serviços legalmente habilitados e opcionalmente colocados à disposição pela ON MED, conforme legislação vigente.
RESCISÃO	É o encerramento do contrato, ao qual o Contratante se obrigará a transferir e migrar todos os Beneficiários para outra rede, com a garantia de cobertura nos termos da Legislação vigente.
ROL DE PROCEDIMENTOS	É a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conforme atualização vigente na legislação como cobertura obrigatório na época do atendimento/evento/tratamento médico.
VIGÊNCIA DO CONTRATO	A contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do contrato ou termo de adesão até o seu termo.

**Interpretação Geral:** Para os fins do presente Contrato, as disposições deste instrumento deverão ser interpretadas, conforme disposto a seguir:

- a) todos os Anexos deste instrumento são neste ato incorporados por referência, e considerados parte integrante do presente Contrato;
- b) a menos que de outro modo indicado, todas as referências neste instrumento a Cláusulas ou Anexos deverão ser consideradas referências às Cláusulas ou Anexos do presente Contrato, conforme for aplicável;
- c) na qualidade de Contratante e Contratada, as Partes devidamente identificadas e qualificadas neste instrumento, mediante escolha do Plano de Saúde descrito RIC, com fulcro na proposta comercial, neste contrato e seus anexos;

Resolvem as Partes celebrar o presente Contrato de Prestação de Serviços Plano de Assistência Suplementar à Saúde - Regime Coletivo Empresarial ("Contrato"), consoante o disposto na Lei 9.656/98 e Resoluções Normativas Nº. 543/22 e 557/22 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ("ANS"), ao qual será regido pelas cláusulas e condições a seguir enunciadas e definições anteriores, bem como, no que couber, nas situações omissas, pelo Regulamento e, havendo lacunas neste, pela legislação civil brasileira que rege a matéria:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O presente Contrato é firmado entre **ON MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, pessoa jurídica de Direito Privado, constituída sob a forma de Sociedade Empresária Limitada, classificada como Operadora de Planos de Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 30421-2, inscrita no CNPJ sob o nº 92.240.605/0001-78, portadora Insc. Municipal Nº. 29616, com sede e foro na Avenida Coronel Frederico Linck, Nº. 714, Sala 302, Bairro Ideal, cidade de Novo Hamburgo/RS, CEP 93.336-002, ("OPERADORA" ou "ON MED"); e, de outro lado, a pessoa jurídica especificada na Proposta Comercial, ("CONTRATANTE").

1.2. O objeto do presente contrato é a cobertura de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médica, ambulatorial e hospitalar EXCLUSIVAMENTE PARA O REGIME COLETIVO EMPRESARIAL, conforme previsto no inciso 1, art. Iº, da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários

regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento.

1.3. O presente contrato é bilateral e aleatório, sendo regulado pelos termos dos artigos 458 a 461 do Código Civil, bem como pelos termos da regulamentação específica expedida pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, sobretudo, o Rol de Procedimentos por aquela Agência definido.

1.4. Em conformidade com o disposto na Lei nº 9.656/98, aplica-se sobre o presente contrato o teor do Art. 16, cujos termos estabelecem todas as cláusulas e condições próprias para esse produto.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DOS PLANO DE SAÚDE ESCOLHIDO**

2.1. O Plano de Saúde pretendido e indicado no RIC, terá sua cobertura específica, com a regulamentação da ANS, com as características já predefinidas, sendo as aplicáveis ao que couber conforme descrito neste Contrato.

2.2. As partes ajustam e reconhecem que a cobertura é restrita ao Plano Contratado e indicado na proposta comercial e no RIC, disposições que não compreendam o Plano Contrato, por tratar-se de Contrato de Adesão deverão ser ignoradas ou alteradas por meio de Termo Aditivo.

## **CLÁUSULA TERCEIRA – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA**

3.1. A OPERADORA obriga-se a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratada, na área e abrangência geográfica constituída pelo seguinte Grupo de Municípios: Gravataí, Imbé, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Sapiranga, Santo Antônio da Patrulha.

## **CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO**

4.1. As condições de vínculo do beneficiário são:

- a) Com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários com vínculo ativo com a pessoa jurídica contratante e devidamente registrados na GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e de Informações à Previdência Social) e órgãos governamentais;
- b) Com vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e

RN nº. 488/22 da ANS, desde que estejam na GFIP atualizada.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DAS CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO**

5.1. As condições de admissão dos beneficiários são:

- **BENEFICIÁRIO TITULAR:** Aqueles que possuem relação empregatícia ou estatutária com a CONTRATANTE, conforme item 4.1, alínea "a".
- **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:** Aqueles que possuem grau de parentesco consanguíneo ou por afinidade devidamente comprovada, em relação ao beneficiário titular, limitados às seguintes hipóteses:
  - a) O cônjuge;
  - b) O filho solteiro, com idade inferior ou igual a 18 anos; ou, o filho solteiro, com idade inferior ou igual até 35 anos, desde que comprovado o vínculo universitário ou estudantil em vigor;
  - c) O enteado solteiro, com idade inferior ou igual a 18 anos; ou, o enteado, com idade inferior ou igual a 35 anos, desde que comprovado o vínculo universitário ou estudantil em vigor. Para que ocorra esta inclusão será necessária a certidão de casamento ou declaração de união estável emitida por cartório, do padrasto ou madrasta, com comprovação vigente de vínculo universitário ou estudantil;
  - d) Convivente, na hipótese de união estável, na forma da lei, desde que não haja concorrência com o cônjuge, sendo necessário apresentar Declaração Pública de união estável emitida por cartório.
  - e) Filho comprovadamente inválido para fins previdenciários com idade inferior ou igual a 35 anos;
  - f) Inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante, de acordo com o artigo 12, inciso VII, da Lei 9.656/98, ou legislação vigente.

5.2. O CONTRATANTE se responsabiliza pela correção e veracidade da relação dos beneficiários a serem inscritos no presente contrato, na qual conterà os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Também deverá informar se há previsão dos beneficiários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste contrato e de

que forma está equacionada esta previsão, bem como os dados de contato direto dos beneficiários, SENDO OBRIGATÓRIO contato de telefone e opcionalmente a informação complementar com o e-mail do beneficiário.

- a) Junto com a relação prevista no item 5.2, o CONTRATANTE é obrigado a fornecer à ON MED documentos que comprovem a elegibilidade dos beneficiários de planos coletivos, evidenciando o vínculo da pessoa natural com a empresa contratante do plano. Podem ser apresentados: ficha de registro de empregado, CTPS (Carteira de Trabalho), GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) ou outro documento que tenha valor legal, essa relação poderá ser solicitada no momento da inclusão ou em quaisquer épocas durante a vigência do contrato com a CONTRATANTE.
- b) Também com relação ao grupo familiar, é preciso juntar com o pedido de inclusão o documento que comprove o vínculo de parentesco consanguíneo ou por afinidade, cônjuge ou companheiro(a).

5.3. O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

## **CLÁUSULA SEXTA – REGRAS DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL**

6.1. Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

6.2. **Número mínimo de beneficiários:** O número mínimo de inscritos neste contrato é de 02 (dois) beneficiários para efeito de emissão de fatura. Caso o contrato venha apresentar um número abaixo do mínimo estipulado, o CONTRATANTE obriga-se a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados para a faixa etária de até 18 (dezoito) anos de idade, até atingir o mínimo estabelecido, de modo a manter as características do presente contrato, sendo objeto da personificação jurídica da CONTRATANTE a gestão da quantidade de beneficiários ativos no plano, cabendo a ON MED executar a cobrança conforme fechamento da contraprestação pecuniária do mês da ocorrência.

6.3. No caso de cancelamento do benefício de assistência à saúde por parte da CONTRATANTE, os usuários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da ON MED, sem a necessidade do cumprimento

de novos prazos de carência, desde que:

- a) A ON MED disponha de um PRODUTO/PLANO individual ou Familiar, disponível e ativo para comercialização na época da ocorrência um produto na ON MED junto à ANS;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;
- c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar, ressalvando se disponível e ativo para comercialização na época da ocorrência um produto na ON MED junto à ANS; e
- d) Incluem-se no universo de usuários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

**6.4. Das Condições de Permanência no Plano Contratado para o beneficiário demitido sem justa causa:** A ON MED assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano decorrente de seu vínculo empregatício com o CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados e devidamente inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

- a) O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou sucessores, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- b) Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários cobertos pelo plano, nos termos dispostos nestas cláusulas, na forma da legislação vigente.
- c) A condição de beneficiário assegurada nesta cláusula deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego, na forma da legislação vigente, ou, se rescindido o presente vínculo contratual entre as partes, cabendo à CONTRATANTE acolher todos os beneficiários que se encontrem inscritos ou vinculados a esse contrato, passando-os para outra operadora de planos de saúde que, em qualquer tempo, venha a contratar.
- d) O beneficiário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a cobertura estabelecida nesta



cláusula.

- e) Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, a lei não considera como contribuição a coparticipação eventualmente paga pelo beneficiário à título de fator de moderação, em decorrência da utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar, não cabendo direito de o mesmo participar do plano.
- f) Cabe a CONTRATANTE a obrigação de comunicar ao beneficiário, no ato do seu desligamento do vínculo trabalhista ou social da empresa, a possibilidade de continuar no presente contrato, cabendo-lhes firmar, no prazo de 30 (trinta) dias do seu desligamento, a sua ADESÃO ou RECUSA do direito de continuidade. As partes declaram e reconhecem que a decadência dessa prerrogativa ocorre após passados 30 (trinta) dias da data do desligamento.
- g) Os beneficiários afastados por auxílio doença, conforme legislação vigente o vínculo permanece ativo na CLT, porém suspenso, não enquadrando com a situação de inativo, reservado o direito à CONTRATANTE a plena gestão do benefício empresarial de saúde, devendo ser critério a convenção e acordo coletivo de cada classe, ressaltando apenas a necessidade de comprovar sempre que solicitado pela ON MED a elegibilidade de vínculo empregatício, no prazo de 72 (setenta e duas) horas úteis, sob pena de suspensão de cobertura por falta de comprovação de vínculo.

6.5. **Das condições de Permanência no Plano Contratado para o Beneficiário Aposentado:** A ON MED assegura ao beneficiário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados e devidamente inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

- a) Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao prazo de 10 (dez) anos aludido no item anterior, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 01 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.
- b) Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula.
- c) O beneficiário titular que não participar financeiramente do plano, durante o período

que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a permanecer no plano, conforme artigo 31 da Lei nº 9.656/98.

- d) Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não será considerado contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.
- e) Cabe a CONTRATANTE, a obrigação de comunicar ao beneficiário, no ato do seu desligamento do vínculo trabalhista ou social da empresa, por aposentadoria, a possibilidade de continuar no presente contrato, cabendo-lhes firmar, no prazo de 30 (trinta) dias do seu desligamento, a sua ADESÃO ou RECUSA do direito de continuidade. As partes declaram e reconhecem que a decadência dessa prerrogativa ocorre após passados 30 (trinta) dias da data do desligamento.
- f) Conforme legislação vigente, os beneficiários aposentados por invalidez permanecem com o vínculo trabalhista suspenso, não se enquadrando com a situação de inativo, sendo reservado à CONTRATANTE o direito de gerir o benefício empresarial de saúde, sujeitando-se, porém, às regras de inclusão e exclusão desse contrato.

**6.6. Da responsabilidade pela permanência no plano inativo - art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98:**

É de exclusiva responsabilidade do CONTRATANTE informar ao empregado demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, a possibilidade de permanência no plano na qualidade de beneficiário, bem como informá-lo expressamente sobre o prazo para manifestação de sua opção, nos termos do art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

- a) O beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado deverá manifestar sua opção em manter-se beneficiário do plano de saúde, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias da rescisão do contrato de trabalho ou da aposentadoria, sob pena de decadência desse direito.
- b) Será de responsabilidade do beneficiário titular o pagamento da contraprestação pecuniária referente ao seu plano de saúde e de seus dependentes, conforme legislação vigente, havendo a inadimplência ou mora, adota-se o mecanismo contratual de cancelamento e/ou suspensão do presente contrato.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

- 7.1. Cessarão as coberturas do Plano para o Usuário Titular:
- a) quando perder o vínculo com o CONTRATANTE, exceto nas hipóteses de manutenção previstas no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, adotando como diretriz a legislação vigente na ANS;
  - b) com a rescisão deste Contrato, nas hipóteses mencionadas neste instrumento;
  - c) em caso de fraude ou dolo comprovados, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.
- 7.2. Cessarão as coberturas do Plano para o Usuário Dependente:
- a) quando o Usuário Titular for excluído do Plano;
  - b) quando o Usuário Dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano;
  - c) em caso de fraude ou dolo comprovados, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente, sendo de pleno direito o ressarcimento das despesas acrescidas das correções legais monetárias com base no gasto na situação que originou a fraude após o parecer oficial da ANS.
- 7.3. As partes declaram e reconhecem para os devidos fins, que o beneficiário perderá o direito de usufruir dos benefícios previstos nos itens 10.2 e 10.4, nas hipóteses postas pelo artigo 30 e 31 da lei 9.656/98, bem como na RN nº 488/22:
- a) pelo decurso dos prazos previstos do direito de Plano de Continuidade;
  - b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; e
  - c) pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

8.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste contrato, o beneficiário terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da

Organização Mundial de Saúde (CID 10).

8.2. O atendimento será assegurado independentemente do local de origem do evento, de acordo com a segmentação e dentro da área de abrangência estabelecida neste contrato.

- a) As coberturas de procedimentos e eventos somente serão garantidas quando solicitados pelo médico assistente mediante pedido válido por 30 (trinta) dias, em que conste o Código Internacional de Doenças (CID) ou a hipótese diagnóstica (HD). Para fins de divergência técnica, a ON MED poderá suscitar a necessidade de arbitragem e mediação de conflito através de Medicina por Evidência do Conselho Federal de Medicina ou do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), sobressaindo sempre as orientações e entendimento da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do Ministério da Saúde), ao quais têm o papel de oferecer ao gestor instrumentos técnicos para deliberar com base nas melhores evidências científicas disponíveis, sobre a incorporação ou manutenção de tecnologias em saúde.

8.3. Coberturas Ambulatoriais em Unidades da Rede Referenciada pela ON MED: Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- c) procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- d) cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
  - Hemodiálise e diálise peritoneal;
  - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - Radioterapia;

- Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

8.4. Coberturas Hospitalares em Unidades da Rede Referenciada pela ON MED: Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) cobertura para internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas e Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- d) o beneficiário terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- e) cobertura de exames complementares de controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- f) fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- g) cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
  - Hemodiálise e diálise peritoneal;
  - Quimioterapia oncológica;
  - Radioterapia;
  - Hemoterapia;

- Nutrição enteral ou parenteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de fisioterapia;
- h) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;
- i) cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- j) cobertura de cirurgia bucomaxilofacial, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- k) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
- l) transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

8.5. Coberturas para Saúde Mental em Unidades da Rede Referenciada pela Contratada: Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

a) A cobertura ambulatorial em saúde mental garantirá:

- atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;
- psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada à cobertura de 12 (doze) sessões, não cumulativas, por ano de vigência do contrato;
- tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

b) A cobertura hospitalar em saúde mental garantirá:

- 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização. Caso o período de internação ultrapasse os 30 (trinta) dias por ano, o beneficiário arcará com 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares a contar do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, cobradas posteriormente na fatura à contratante;
- 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Caso o período de internação ultrapasse os 30 (trinta) dias por ano, o beneficiário arcará com 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares a contar do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação;
- todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto infringidas;

→ a cobertura hospitalar em saúde mental obedecerá às Diretrizes de Utilização na forma da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

- c) A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

8.6. Coberturas Obstétricas: Somente aplicável aos Planos Contratados com tal previsão e listados na Proposta Comercial e no RIC, em Unidades da Rede Referenciada pela Contratada:

- a) procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c) cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do beneficiário, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

#### **CLÁUSULA NONA – DOS PLANOS COM COBERTURA OBSTETRÍCIA**

9.1. As condições abaixo somente são aplicáveis aos Planos de Saúde contratados com cobertura obstetrícia, descritos na Proposta Comercial e no RIC.

9.2. Para o produto com cobertura obstétrica, fica assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência ou se for o caso aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor, pais ou adotante devidamente inscrito no plano, de acordo com o artigo 12, inciso VII, da Lei nº 9.656/98, ou legislação vigente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

- a) Passado o prazo para inclusão de 30 (trinta) dias serão imputadas todas as carências da legislação vigente, bem como Cobertura Parcial Temporária para CPT (se houver) à época da inclusão.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS EXCLUSÕES**

10.1. Estão excluídas da cobertura deste contrato, as despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar coberto pelo produto contratado, conforme cláusulas 2ª, 8ª e 9ª, bem como aos eventos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído



pela ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar.

10.2. Estão também excluídas das coberturas deste contrato as despesas relativas à:

- a) cirurgias plásticas ou outros procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos com finalidade estética, tais como:
  - mamária;
  - em couro cabeludo (inclusive implante de cabelos), face (olhos, boca e orelhas) e pescoço;
  - de nariz (rinoplastia reparadora, rinosseptoplastia funcional e septoplastia cartilaginosa, por qualquer técnica), exceto quando comprovada a necessidade de restauração de função através de exames pré-operatórios;
  - de dorso e membros;
  - de abdômen;
  - para correção de cicatrizes e/ou tatuagens por qualquer técnica;
  - lipoaspiração e lipoescultura de qualquer localização;
  - órteses e próteses com finalidade estética.
- b) procedimentos com fins estéticos tais como:
  - epilação;
  - tratamento capilar e de calvície;
  - esfoliações químicas e/ou mecânicas, superficiais e/ou profundas;
  - tratamento de estrias e rugas tais como aplicações locais de gorduras, produtos naturais, sintéticos, químicos, medicamentos e fios de ouro;
  - galvanoterapia e outros similares;
  - cauterizações;
  - laser terapia;
  - laser cirurgia;
  - esclero terapia de microvarizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias.
- c) tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em regime ambulatorial, hospitalar, hospital-dia e clínicas, para:
  - rejuvenescimento;
  - convalescença;

- senilidade;
  - repouso;
  - acolhimento de idosos.
- d) quaisquer tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos em estâncias hidrominerais, "spa" ou assemelhadas, casas de repouso e/ou atendimento domiciliar;
  - e) fornecimento, aquisição, aluguel ou conserto de aparelhos ortopédicos como pernas e/ou braços mecânicos, muletas, cadeira de rodas, entre outras órteses;
  - f) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como próteses, órteses e seus acessórios que sejam importadas;
  - g) assistência médica, paramédica domiciliar, incluindo medicamentos, aluguel de materiais, equipamentos, aparelhos e quaisquer gastos com instalação para atendimento domiciliar;
  - h) enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, mesmo que o caso exija cuidados especiais, inclusive nas emergências;
  - i) despesas extraordinárias de beneficiários e/ou acompanhantes, tais como: alimentação, uso de telefone, aluguel de TV, uso de frigobar, materiais descartáveis de uso pessoal ou de higiene íntima não inerentes ao tratamento, tais como: camisola, absorvente, fraldas, kits de toalete e assemelhados, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos;
  - j) reeducação postural global;
  - k) condicionamento físico para beneficiários sendo, entretanto, coberto quando houver indicação médica para tratamento pós-cirúrgico cardíaco, doença isquêmica do coração e doença coronariana manifestada clinicamente após a vigência do contrato e considerada de alto risco;
  - l) transplantes que não estão previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
  - m) despesas com consultas, exames, tratamento clínico/cirúrgico:
    - experimentais;
    - não éticos (previstos no Código Brasileiro de Ética Médica);
    - nas especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

- n) materiais e medicamentos importados, não reconhecidos pelos órgãos nacionais de aprovação, controle e fiscalização, bem como os utilizados para tratamento domiciliar e que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos ambulatoriais;
- o) métodos e técnicas de fecundação, tais como fecundação "in vitro" e inseminação artificial ou outras não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- p) necropsia de adultos, crianças e fetos ou exames histopatológicos de placenta;
- q) casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- r) remoções para consulta e/ou exames de beneficiários não internados;
- s) imunizações e vacinas;
- t) consultas e exames pré-admissionais, periódicos e demissionais;
- u) quaisquer atendimentos odontológicos, exceto a cobertura da cirurgia bucomaxilofacial que necessite de ambiente hospitalar.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

**11.1. Coparticipação:** O Plano de Saúde, conforme previsto na Proposta de Comercial e descrito no RIC, se aplicável, descritas nos itens descritos na cláusula 14.3.

**11.2.** Para todos os tipos de Plano de Saúde descritos no RIC, será aplicável a coparticipação, diante o disposto na legislação vigente da ANS, que permite a fixação de coparticipação, crescente ou não, no limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do valor contratado com o prestador, bem como na cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato, conforme cláusula específica prevista neste instrumento para internação psiquiátrica.

**11.3.** Caso o Plano Contratado, descrito na Proposta Comercial e no RIC, além das características do produto pactuadas anteriormente, estão previstas na contratação tabela de mecanismo de regulação (coparticipação) registrado na ANS, conforme previsto no termo de adesão, a incidência de coparticipação observará as seguintes hipóteses:

- a) Consultas Médicas - realizadas em consultórios e clínicas da rede referenciada da ON MED, independentemente do número de consultas em cada ano, por beneficiário;
- b) Consultas Médicas - realizadas em hospitais da rede referenciada da ON MED, independentemente do número de consultas em cada ano, por beneficiário;

- Exames Simples, conforme conceito estabelecido neste contrato;
- Exames Especiais, conforme conceito previsto neste instrumento;
- Fisioterapias;
- Terapias (Quimioterapia, Radioterapia, Diálise e Terapias Dermatológicas e outras terapias);
- Franquia para internação em Enfermaria ou Apartamento;
- Franquia para internação Hospital-dia (HD);
- Procedimentos ocorridos em Pronto atendimento e pronto socorro.

**11.4. Direcionamento, Referenciamento, Hierarquização de Acesso:** Os beneficiários da ON MED terão atendimento, em caráter eletivo, pelos prestadores de serviços médicos lançando mão preferencialmente da infraestrutura própria dos Rede Referenciada da ON MED e daqueles prestadores operacionalmente designados por ela em decorrência de vínculos técnicos e protocolos.

- a) Conforme legislação vigente a ON MED reserva o direito de direcionar a realização de consultas, exames ou internação de caráter ELETIVO para os locais que previamente determinar na rede credenciada ou referenciada, sendo considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial da ON MED, habilitado para o atendimento onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário, conforme legislação vigente de garantia de atendimento.
- b) As partes reconhecem e atestam o direito da ON MED de controlar a sinistralidade da população a ser assistida, podendo assim direcionar os atendimentos de assistência à saúde para a Rede Referenciada da ON MED e demais prestadores da rede com igual capacidade e habilitação técnica dentro da mesma área geográfica do produto para os atendimentos de caráter ELETIVOS sendo em quaisquer naturezas de atendimento que são Ambulatorial, Internação, Cirúrgica e Obstétrica, garantida a gestão técnica e comercial, tal como, ocorre, a título de exemplo, nas hipóteses de cirurgias bariátricas, nas quais ela necessariamente será de liberação exclusiva em no mínimo dois prestadores definidos pela ON MED, dentre outros procedimentos que também serão direcionados para rede habilitada tecnicamente garantindo o atendimento na especialidade e não em prestador de escolha do beneficiário, conforme preconiza legislação vigente.

**11.5. Autorização Prévia para Qualquer Procedimento Eletivo:** O beneficiário deverá entrar em contato com a central de atendimento da ON MED para obter a senha de autorização antes de

agendar o procedimento. Os agendamentos deverão ser realizados somente após disponibilização da senha de autorização pela ON MED, que se compromete a garantir o prazo em local habilitado para o atendimento onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário, conforme legislação vigente.

- a) **Em casos de Urgência e Emergência não é necessária Autorização prévia:** Nas hipóteses de urgência e emergência, o beneficiário deverá se dirigir para um dos prestadores de serviços médicos da sua rede contratada, munido do cartão/ APP da ON MED e de documento de identidade com foto. As autorizações serão solicitadas pelos prestadores de serviços conforme regras estabelecidas entre as partes após o atendimento, prevalecendo a atenção a vida, conforme disposto na legislação vigente e Código de Ética Médico do Conselho Federal de Medicina.

**11.6.** Na hipótese de opção pelo beneficiário por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com as diferenças de valores e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com os prestadores de serviços médicos.

**11.7. A ON MED NÃO SE RESPONSABILIZARÁ POR QUALQUER ACORDO AJUSTADO PELO BENEFICIÁRIO COM MÉDICOS, HOSPITAIS OU ENTIDADES CONTRATADAS OU NÃO.** Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário, ficando registrado para todos os efeitos e fins, que a ON MED não autoriza pagamento particular de despesas de cobertura obrigatória do Plano, caso seja cobrado por algum prestador, antes de efetuar quaisquer pagamentos o CONTRATANTE deverá exigir do plano da ON MED a negativa por escrito, conforme legislação vigente para ter a segurança de não efetuar pagamento de assistência coberta pelo Plano de Saúde.

**11.8.** A ON MED informa desde já que em NENHUMA HIPÓTESE poderá ocorrer o "*Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial*" sendo crime previsto no Art. 135-A da Lei nº 12.653, "*Exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos*", como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial, caso ocorra denúncia.

**11.9. Cartão de Identificação:** A ON MED fornecerá aos beneficiários o cartão/ APP de identificação, referente ao produto contratado.

- a) Para que o beneficiário tenha completa fruição dos direitos previstos neste contrato, no momento do atendimento em qualquer prestador de serviços médicos credenciado à Operadora, será necessária a apresentação do cartão/ APP de identificação e de documento de identidade com foto.

- b) A ON MED poderá adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.
- c) É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, DEVOLVER os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela ON MED respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, bem como migrar com a totalidade dos beneficiários inscritos neste instrumento. Nestas hipóteses, a ON MED está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do beneficiário ou do término da relação contratual.
- d) Ocorrendo a perda do cartão de identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente, por escrito, o fato à ON MED, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via mediante pagamento de 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa de adesão.

**11.10. Divergência Médica e Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde – NATS:** A ON MED, reserva o direito e garante, no caso de situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da ON MED e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da ON MED.

- a) No caso de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, bem como quaisquer materiais e/ ou procedimentos de alta complexidade, custo ou tecnologia, o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela CONTRATADA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam as características especificadas, sendo reservado o direito de operação da ON MED por marca NACIONAL disponíveis no mercado compatível ao ato.
- b) Em caso de qualquer divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo dentre as partes, com as despesas custeadas pela ON MED.
- c) Cabendo ainda a ON MED adotar a Medicina por Evidência do Conselho Federal de Medicina e Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), sobressaindo sempre as orientações e entendimento da CONITEC- Comissão Nacional de

Incorporação de Tecnologia do Ministério da Saúde, cujo papel legal é oferecer instrumentos técnicos para deliberar com base nas melhores evidências científicas disponíveis, sobre a incorporação ou manutenção de tecnologias em saúde, respeitando a vida, saúde física e mental, e limitado ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época da ocorrência.

- d) O parecer da junta médica e/ou Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) e da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) deverá ser respeitado pelas partes. Caso o usuário ingresse com ação judicial e obtenha êxito em direção contrária ao entendimento da junta médica prevista nesta cláusula, o CONTRATANTE compromete-se a ressarcir à CONTRATADA

todos os custos decorrentes do cumprimento da medida judicial em questão, inclusive reservando-se à CONTRATADA, se necessário, o direito de regresso.

**11.11. Rede de Prestadores:** Será disponibilizado ONLINE ao CONTRATANTE o Catálogo de Médicos Credenciados e Hospitais Contratados, editado pela ON MED, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos, hospitais e clínicas credenciados, bem como a relação com os respectivos endereços, conforme previsto na legislação vigente.

**11.12. Alteração de Rede Hospitalar:** As partes reconhecem que a obrigação da ON MED é garantir o atendimento à saúde propriamente dito em um prestador de serviços apto tecnicamente para fazer frente à necessidade do paciente; e, NÃO NECESSARIAMENTE, A UM PRESTADOR ESPECÍFICO ESCOLHIDO PELO BENEFICIÁRIO.

- a) A ON MED fará substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao CONTRATANTE e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, bem como suspensão unilateral as quais serão devidamente formalizadas à CONTRATANTE e a ANS quando tomado conhecimento pela ON MED.
- b) Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o item anterior durante o período de internação do consumidor; ou, até mesmo, por rescisão unilateral do prestador, caberá à ON MED arcar com a internação até a alta hospitalar; ou, a transferir o paciente para outro prestador apto a atendê-lo em todas as suas necessidades, observando-se sempre a área geográfica e regras da legislação de município limítrofe; e, NÃO NECESSARIAMENTE, A UM PRESTADOR ESPECÍFICO

ESCOLHIDO PELO BENEFICIÁRIO.

- c) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a ON MED deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

**11.13. Movimentações de Beneficiários:** As inclusões, alterações e exclusões de beneficiários deverão ser enviadas à ON MED conforme tabela abaixo, de acordo com o dia de vencimento da fatura e respeitados os requisitos deste contrato.

- a) A vigência ocorrerá somente após o pagamento da primeira fatura que contemplar a movimentação.

PERÍODO DE MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS						
DIA DE VENCIMENTO DA FATURA	1	5	10	15	20	25
DATA LIMITE PARA MOVIMENTAÇÃO	15 do mês anterior	20 do mês anterior	25 do mês anterior	30 do mês corrente	05 do mês corrente	10 do mês corrente

- b) Não será processada nenhuma inclusão, alteração e exclusão de beneficiários que forem enviadas à ON MED após o dia estipulado na tabela do item anterior, devendo a movimentação ser enviada na remessa do mês subsequente.
- c) Não será processada nenhuma inclusão de beneficiário se a documentação do mesmo não estiver completa. Entende-se por documentação completa os seguintes dados: Nome completo do usuário, data de nascimento, nome da mãe, CPF, RG, CNS, (também para dependentes a partir de 18 (dezoito) anos) PIS, endereço do beneficiário e os documentos mencionados na cláusula 9ª deste instrumento contratual.
- d) A documentação necessária é condicional conforme regra de elegibilidade da ANS vigente para o titular e dependentes do plano coletivo empresarial.

**11.14.** Nenhum dos mecanismos de regulação acima mencionado restringe, dificulta ou impede o acesso a qualquer tipo de atendimento ou procedimento pelos beneficiários, somente para fins administrativos e para cumprimento de envio dos dados à ANS.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**12.1.** As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de



cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da data de vigência do contrato/proposta de adesão. Os prazos de carência são respectivamente os previstos na legislação da ANS.

**12.2.** Entende-se por carência o período durante o qual o beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

PROCEDIMENTO	PRAZO
Consultas Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Eletivas	30 dias
Exames Simples	30 dias
Procedimentos Ambulatoriais Simples	30 dias
Terapias Simples	180 dias
Exames Complexos	180 dias
Procedimentos Ambulatoriais Complexos	180 dias
Terapias Especiais	180 dias
Internações e Cirurgias	180 dias
Parto a Termo	300 dias

**12.3.** O período de carência para cobertura obstetrícia, inclusive partos, somente serão devidos se regularmente contratados, conforme Proposta Comercial descritas no RIC.

**12.4.** No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, NÃO PODERÁ SER EXIGIDO O CUMPRIMENTO DE PRAZOS DE CARÊNCIA, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso com a documentação de elegibilidade prevista neste instrumento como completa em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

**12.5.** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do contrato. Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.

**12.6.** Na hipótese de o beneficiário optar por adquirir novo produto, com acomodação superior à contratada anteriormente, sujeitar-se-á ao cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação, quando deverá aderir a novo produto, com registro específico na ANS. Em caso de a internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação anteriormente contratada.

**12.7.** Nos termos da Resolução Normativa nº 557/22 ou a que vier a substituir vigente a época na ANS, quando o número de beneficiários inscritos neste contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

**12.8.** A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar automaticamente para as novas adesões se houver redução de beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

**12.9.** O beneficiário que por quaisquer motivos for excluído do plano pela CONTRATANTE e por força de liminar judicial, sentença, despacho e/ou demais situações da esfera judicial podendo ser no âmbito trabalhista, cível ou câmara de arbitragem, obtiver a seu direito de reintegração ao quadro elegível do contrato, passados 30 (trinta) dias do cancelamento na ON MED, o mesmo será submetido a novos cumprimentos de carências previstos na legislação vigente, não sendo previsão contratual essa situação.

- a) Caso o beneficiário ingresse com ação judicial e obtenha êxito em direção contrária ao PACTUADO NESTE INSTRUMENTO, seja a título de carência, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, utilização após o vínculo ou outras situações que não tenha cobertura pela legislação de Coletivo Empresarial da ANS, o CONTRATANTE compromete-se a ressarcir à ON MED todos os custos decorrentes do cumprimento da medida judicial em questão, inclusive reservando-se à CONTRATADA, se necessário, o direito de regresso.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE**

- a) **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP):** É aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº

9.656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 558/22, que estipula e define como doenças ou lesões preexistentes aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

- b) No momento da adesão ao presente instrumento, o beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- c) Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao beneficiário.
- d) O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela ON MED, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- e) Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da ON MED, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- f) O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- g) É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela ON MED, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- h) Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a ON MED oferecerá a cobertura parcial temporária.
- i) A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade,

leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

- j) A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.
- k) As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela ON MED por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela ON MED para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.
- l) Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da ON MED.
- m) Fazendo parte integrante deste instrumento.

**13.1.** Exercendo prerrogativa facultativa legal, a ON MED não optará pelo fornecimento do Agravado.

**13.2.** Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a ON MED deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

**13.3.** Instaurado o processo administrativo na ANS, à ON MED caberá o ônus da prova.

**13.4.** A ON MED poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

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

**13.7.** Após julgamento, e acolhida a alegação da ON MED, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela ON MED, bem como será excluído do contrato.

**13.8.** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão pré-existente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

**13.9.** Nos termos da RN nº 557/22, quando o número de beneficiários inscritos neste contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE. Esta cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltarão a vigorar para novas adesões se houver redução de beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) ou o pedido de inclusão se após o prazo máximo de 30 (trinta) dias previsto na legislação.

**13.10. Cobertura Parcial Temporária (CPT):** Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**14.1.** Para efeito desta cobertura, considerando que o presente contrato é da segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, Hospitalar sem obstetrícia, a cobertura dos atendimentos em situação de urgência e emergência médica, observarão os conceitos postos pelo artigo 35-C da Lei nº 9.656/98, bem como as regras e condições a seguir:

- a) considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- b) considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

- c) serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do Contrato;
- d) depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- e) durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;
- f) nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;
- g) nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;
- h) haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
- i) haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação;
- j) também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes.

**14.2. EM CASO DE NECESSIDADE DE REMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO PARA UMA UNIDADE DO SUS SERÃO OBSERVADAS AS SEGUINTE REGRAS:**

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade

- da assistência, desobrigando-se, assim, a ON MED, desse ônus;
- b) caberá à ON MED 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;
  - c) na remoção, a ON MED 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;
  - d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a ON MED estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - REMOÇÃO**

**15.1.** A ON MED, de acordo com a alínea "e" do item II do artigo 12º da Lei nº 9.656/98, garante a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

**15.2.** A ON MED garantirá a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando:

- a) caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;
- b) ou pela necessidade de internação para os usuários que estão cumprindo carência para internações hospitalares;
- c) quando houver a necessidade de algum procedimento que esteja em regime de cobertura parcial temporária.

**15.3.** Quando não puder haver remoção devido ao 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 ON MED, desse ônus.

**15.4.** Caberá a ON MED 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, onde a ambulância deverá conter os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

**15.5.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de

responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade do SUS, a ON MED estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DOS SEGUIMENTAÇÃO DOS ATENDIMENTOS E TIPO DE ACOMODAÇÕES**

**16.1. Ambulatorial:** Deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

- a) Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.
- b) Por tratar-se de Plano de Saúde com o seguimento escolhido na Proposta Comercial e descrito no RIC, do tipo Ambulatorial, não há previsão de nenhum tipo de acomodação, seja na hipótese de Enfermaria ou Apartamento, devendo eventual internação, ser reembolsadas à ON MED, conforme condições previstas nas Cláusulas 17 e 18.

**16.2. Produto denominado “Slim”:** O produto “Slim” terá segmentação EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIAL, a favor dos beneficiários inscritos pela CONTRATANTE, conforme previsto no inciso 1, art. Iº, da Lei nº 9.656/98 e autorizado pelo inciso 1, do artigo 12 da Lei nº 9.656/ 98, conforme a regulamentação para fins de coberturas assistenciais posta pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**16.3. Hospitalar:** Deverá garantir a cobertura de urgência e emergência que evoluírem para internação - desde a admissão do paciente até a sua alta – ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

- a) Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
- b) Deverá garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional:
  - para o produto com cobertura obstétrica, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes, porém ainda cumprindo período de carência, a operadora estará obrigada a



cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na segmentação ambulatorial; e

- para o produto sem cobertura obstétrica, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na segmentação ambulatorial.

**16.4. Enfermaria:** Conforme a escolha do produto escolhido na Proposta Comercial e descrito no RIC, o atendimento e acomodação do tipo Enfermaria é aquela que dispõe de quartos coletivos para os beneficiários, não possuindo acomodação exclusiva para si ou seu acompanhante.

**16.5. Apartamento:** Conforme a escolha do produto escolhido na Proposta Comercial e descrito no RIC, o atendimento e acomodação do tipo Apartamento é aquela que dispõe de acomodação individual para o beneficiário e seu acompanhante, quando houver disponibilidade na rede credenciada.

**16.6.** Nos casos em que a atenção à saúde não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

**16.7.** O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

**16.8.** O beneficiário terá que cumprir carência de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, a partir da data de adesão ao plano, nos termos da lei e da Resolução CONSU nº 13/98.

**16.9.** Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência relacionados à doença ou lesão preexistente terão cobertura igual àquela assegurada na segmentação ambulatorial.

**16.10.** Para os beneficiários que possuem o produto REFERÊNCIA ANS - ON MED será garantida a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.

**16.11.** A ON MED assegurará aos seus beneficiários, reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, nos limites deste contrato, das despesas efetuadas com assistência à saúde, em caso de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados dentro da área geográfica de abrangência, de conformidade com os preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

a) A documentação solicitada será:

- no caso de consultas: recibo original pago pelo beneficiário ao prestador;

- no caso de exames: recibo original pago pelo beneficiário ao prestador mais o pedido médico;
- no caso de internações: recibo original pago pelo beneficiário ao prestador mais o detalhamento das contas médicas.
- b) Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.
- c) O reembolso a ser efetuado pela ON MED não poderá ser inferior as tabelas de valores praticadas junto a seus credenciados.
- d) Os custos e despesas a serem reembolsadas pela ON MED deverão ser apresentadas em até um ano da data do atendimento realizado, sob pena de prescrição do direito.

**16.12.** As acomodações dos Beneficiários para atendimento, seguirão o descrito na Proposta Comercial e no RIC, não possuindo seguimento ambulatorial direito à acomodação. Já os planos com opções de Enfermaria e Apartamento, seguirão os padrões descritos na Cláusula 2ª.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS REEMBOLSOS DE DESPESAS COBERTAS**

**17.1.** A ON MED assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela ON MED.

- a) O beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.
- b) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da ON MED (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela ON MED junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:
  - via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela ON MED (Recibos e/ou Notas Fiscais);
  - conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

- relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela ON MED se solicitado;
- demais regras previstas neste instrumento quando referenciado ocasião de reembolso, respeitado soberanamente a legislação vigente.
- Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.
- Para Plano "Slim" os reembolsos deverão ser solicitados no prazo máximo de 12 (doze) meses.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO PREÇO**

**18.1.** O presente contrato possui de acordo com a legislação vigente, a seguinte formação de preço:

- a) Pré-estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.
- b) Coparticipação: quando aplicável, a mensalidade será acrescida dos valores de coparticipação previstos na Proposta Comercial e no RIC, em um prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, onforme valores indicados em anexo deste Contrato.

**18.2.** As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito.

**18.3.** Para fins deste contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias em conformidade com a legislação vigente:

FAIXA ETÁRIA
de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

**18.4.** Na hipótese de alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme legislação vigente:

- a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa;
- c) O acréscimo por alteração de faixa etária não atingirá o usuário a partir de 60 (sessenta) anos de idade na contraprestação pecuniária/mensalidade fixa do plano, exceto no reajuste de coparticipações.
- d) Os percentuais de aumento por deslocamento de faixa etária estão previstos juntamente com a tabela de valores das mensalidades, sendo certo que as quantias ali previstas serão reajustadas de acordo com os índices aplicáveis a esse contrato nos moldes da Cláusula 19ª e seguintes.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO REAJUSTE**

**19.1.** A atualização dos valores dos custos mensais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato, sendo aplicada a todos os usuários ativos no contrato, independentemente da idade.

- a) O percentual reajustado será informado à ANS em até 30 (trinta) dias após a data da aplicação, nos termos RN nº 565/22 da ANS;
- b) Nos casos em que houver a opção pelo agravamento das mensalidades, em decorrência de

doença ou lesão preexistentes os percentuais de reajustes acima estabelecidos serão aplicados sobre o valor da mensalidade já agravada;

- c) Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário (vigência) do contrato.

**19.2.** O presente contrato não será reajustado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656/98.

**19.3.** Independentemente da data de inclusão de cada beneficiário, os valores de todas as contraprestações pecuniárias, assim como das tabelas de preço de novas adesões e coparticipações poderão sofrer reajustes na data do aniversário da vigência do contrato, entendendo-se esta como a data base do contrato.

**19.4.** A quantidade de beneficiários será apurada anualmente no primeiro dia do mês de aniversário do contrato.

- a) Caso haja defasagem de até 02 (dois) meses entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato, será mantida a data base e será realizada a cobrança retroativa a ser diluída pelo mesmo número de meses da defasagem.
- b) Caso haja defasagem superior a 02 (dois) meses entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato, será aplicado reajuste e a data de sua vigência será estabelecida como nova data de aniversário do contrato, não cabendo cobrança retroativa.

**19.5.** Caso o contrato possua, no mês seu aniversário, menos de 30 (trinta) beneficiários ativos cadastrados o plano, fará parte do grupo chamado "pool de risco". Neste caso, os valores das mensalidades e tabelas de preço para novas adesões, incluindo coparticipações, serão reajustadas linearmente de acordo com o índice divulgado pela ON MED, nos termos da RN nº 565/22.

- a) O índice de reajuste para o grupo chamado pool de risco será divulgado no site da CONTRATANTE no mês de maio de cada ano.
- b) O índice a ser aplicado será apurado em 12 (doze) meses consecutivos, com antecedência mínima de um mês em relação a data base de aniversário do contrato (data de vigência).

**19.6.** Caso o contrato possua, no mês de seu aniversário, 30 (trinta) ou mais beneficiários ativos cadastrados no plano, os valores das mensalidades e tabelas para novas adesões, incluindo

coparticipações, será reajustado de acordo com índice definido entre a ON MED e a CONTRATANTE.

- a) Caso não haja acordo entre as partes, o índice a ser utilizado será a variação do índice do IGPM/FGV acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

**19.7.** Em contratos fora do grupo de pool de risco, caso seja verificado o desequilíbrio econômico atuarial, ou seja, quando a sinistralidade da carteira ultrapassar 60% (sessenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato apuradas nos 12 (doze) meses consecutivos anteriores ao aniversário do contrato, será aplicado o reajuste por sinistralidade.

- a) O valor de 60% (sessenta por cento) será considerado como meta de sinistralidade do contrato.
- b) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação de reajuste por sinistralidade, ele será aplicado de forma complementar ao reajuste anual e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO PAGAMENTO DA MENSALIDADE**

**20.1.** O pagamento dos serviços prestados pela ON MED será de exclusiva responsabilidade da pessoa jurídica contratante. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à ON MED nos prazos convencionados a seguir:

- a) a primeira fatura, resultante do número de beneficiários e de seus dependentes - constantes do rol inicial de inscritos no plano - multiplicado pelos respectivos valores per-capita em função do produto contratado, no ato da assinatura deste contrato;
- b) o valor da taxa de adesão por vida no contrato, em uma única parcela, correspondente a R\$ 15,00 (quinze reais) bem como, a taxa de adesão das novas inclusões nas faturas subsequentes;
- c) as faturas mensais, resultantes do número total de beneficiários e de seus dependentes multiplicado pelos respectivos valores per- capita em função do produto contratado e faixa etária dos ativos/inativos participantes no plano, além dos eventuais valores de coparticipação, a cada 30 (trinta) dias, contados a partir da data de pagamento referido na alínea "a";
- d) o NÚMERO MÍNIMO de inscritos neste contrato é de 2 (DOIS) BENEFICIÁRIOS para efeito de EMISSÃO DE FATURA. Caso o contrato venha apresentar um número abaixo do mínimo estipulado, o CONTRATANTE obriga-se a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados para a faixa etária de até 18 (dezoito)

anos de idade, até atingir o mínimo estabelecido, de modo a manter as características do presente contrato, sendo objeto da personificação jurídica da CONTRATANTE a gestão da quantidade de beneficiários ativos no plano, cabendo a ON MED executar a cobrança conforme fechamento da contraprestação pecuniária do mês da ocorrência.

**20.2.** O pagamento do custo mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Após essa data, incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor a ser pago, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e atualização do período conforme IGP-M ou índice que a legislação vier a substituir.

**20.3.** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem prejuízos moratórios para o CONTRATANTE.

**20.4.** Se o contratante não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na ON MED para que não se sujeite as consequências da mora.

**20.5.** O não pagamento da fatura mensal pela Contratante por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não no contrato, nos últimos 12 (doze) meses a contar dos seus vencimentos poderá implicar na suspensão dos atendimentos eletivos aos beneficiários vinculados ao contrato até comprovada regularização do débito, após o cumprimento dos prazos de notificações previstos na RN nº 585/23, RN nº 593/23 e Lei nº 9.656/98.

**20.6.** Não haverá suspensão de atendimentos caracterizados como urgências/emergências durante a vigência do contrato perdurar, devidamente comprovado pelo médico ou profissional habilitados tecnicamente, seguindo regras da legislação vigente para atendimento desta natureza, sendo o fluxo de atendimento conforme previsão neste contrato, reiterado a não necessidade de autorização prévia, por motivo de não pagamento e/ou inadimplência.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA VIGÊNCIA, RESILIÇÃO, PENALIDADES, RESCISÃO E SUSPENSÃO**

**21.1.** O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses e terá início na data de sua assinatura, e, será renovado automaticamente, por prazo indeterminado após o decurso deste prazo ("Vigência").

**21.2.** Este Contrato poderá ser rescindido de imediato, mediante a notificação prévia, nas seguintes

hipóteses:

- a) Se qualquer das partes falir, requerer recuperação judicial ou iniciar procedimentos de recuperação extrajudicial, ou tiver sua falência ou liquidação requerida;
- b) Encerramento ou descontinuidade pela ON MED dos Planos de Saúde ofertados;
- c) Se qualquer das partes tiver cassada sua autorização para operação nas atividades objeto deste Contrato; e
- d) Ausência no número mínimo de beneficiários nos termos pré-estipulados neste contrato;
- e) Imotivadamente, após a vigência dos primeiros 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 90 (noventa) dias;
- f) Unilateralmente, a qualquer momento, quando for comprovada fraude pelo CONTRATANTE e/ou beneficiários;
- g) Unilateralmente no caso de não pagamento da mensalidade por período superior a 50 (cinquenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado, concedendo-lhe 10 dias para a purga da mora;
- h) Se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições técnico/atuariais mínimas de manutenção.
- i) Se as partes não chegarem a um percentual de reajuste comum à época do reajuste contratual, ressaltando essa hipótese caso o contrato não se enquadrar no agrupamento de contrato da ANS, conforme legislação vigente até 29 (vinte e nove) vidas.

**21.3.** Caso a CONTRATANTE opte por rescindir o contrato antes do término dos 12 (doze) meses, é facultado a CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) do valor das faturas restantes ao término da vigência mínima.

**21.4.** Nos casos em que o contrato for cancelado ou houver inadimplência por falta de pagamento, a ON MED poderá requerer judicialmente a quitação do débito das faturas em atraso com suas consequências moratórias, até a quitação dos débitos, bem como a ON MED reserva o direito de notificar os órgãos de defesa do consumidor, tais como SERASA, SPC e Cartório de Protesto.

**21.5.** A contratante tem pleno conhecimento que o não pagamento da fatura mensal pela contratante por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não no contrato nos últimos



doze meses a contar dos vencimentos implicará na suspensão dos atendimentos eletivos aos beneficiários vinculados ao contrato até a comprovada regularização do débito.

**21.6.** Rescindido o presente Contrato, a CONTRATANTE se obriga a migrar com todos os beneficiários nele inscritos para a operadora de planos de saúde que venha a suceder a ON MED como sua fornecedora, sob pena de se responsabilizar civil e solidariamente por todos os custos e despesas havidas por tais beneficiários.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES GERAIS**

**22.1.** Autonomia e Independência das Partes. O Contrato não gerará nenhum vínculo jurídico/trabalhista com o CONTRATANTE, bem como a seus funcionários.

- a) Nada neste Contrato constituirá as Partes como sócias, ou representantes uma da outra, ou estabelecerá qualquer espécie de vínculo ou criará ou assumirá qualquer obrigação em nome da outra, e nenhuma das Partes declarará possuir autoridade para fazê-lo, salvo o disposto em lei.

**22.2.** Despesas. Cada uma das Partes deverá ser exclusivamente responsável pelo pagamento das despesas atribuídas a elas (inclusive as comissões e taxas de agentes, Representantes, consultores financeiros, advogados e contadores) resultantes ou a respeito da preparação, negociação e assinatura do presente Contrato, e de quaisquer outros instrumentos relacionados a este Contrato, inclusive o cumprimento de suas obrigações e a consumação das operações previstas em todos esses instrumentos (quer sejam consumados ou não).

**22.3.** Independência das Disposições Contratuais. Se qualquer cláusula do presente Contrato for considerada inválida ou não exequível por autoridade de jurisdição competente, a referida cláusula será retirada deste Contrato, sem que isso afete a validade ou exequibilidade das demais cláusulas. Em substituição a qualquer cláusula assim retirada, as Partes deverão negociar uma nova cláusula similar, que reflita a intenção original das Partes e mantenha o equilíbrio econômico e financeiro do Contrato na medida do que for permitido pela legislação vigente ou pela decisão da autoridade judicial competente.

**22.4.** Renúncia. Nenhum atraso ou omissão no exercício de qualquer poder, recurso ou direito previsto neste instrumento ou de outro modo disponível para qualquer Parte deste instrumento prejudicará ou afetará o direito dessa Parte de posteriormente exercê-lo. Qualquer prorrogação de prazo ou outra indulgência concedida a qualquer Parte nos termos deste instrumento não deverá de outro modo alterar ou afetar qualquer poder, recurso ou direito de qualquer outra Parte deste

instrumento, ou as obrigações da Parte para a qual essa extensão ou indulgência for concedida. Nenhuma alteração ou renúncia do presente Contrato será válida, a menos que seja feita por escrito e assinada pelas Partes ou seus respectivos sucessores.

**22.5. Alterações.** As alterações ao presente Contrato somente serão válidas quando celebradas por escrito e assinadas por ambas as Partes.

**22.6. Tolerância.** A eventual tolerância ou demora das partes no exercício dos direitos, poderes ou recursos assegurados no presente Contrato, não implicará em novação ou alteração contratual, nem em renúncia, e não a impedirá de exercer plenamente todos os direitos ou prerrogativas conferidas.

**22.7. Notificações.** Qualquer notificação ou outra comunicação contemplada por qualquer disposição do presente Contrato deverá ser por escrito e poderá ser entregue pessoalmente, enviada por e-mail ou serviço de entrega expressa comercial ou enviada por carta certificada, com postagem pré-paga, confirmação de recebimento, endereçada a essa Parte em seu endereço. A notificação enviada por e-mail deverá ser considerada entregue quando a confirmação ou transmissão for recebida e uma notificação enviada por quaisquer outros meios deverão ser considerada entregue, quando recebida, nos endereços contantes no preâmbulo deste contrato.

**22.8. Confidencialidade.** As partes concordam em manter o sigilo e a confidencialidade em relação às informações fornecidas, em decorrência deste contrato, assim como qualquer material de natureza sigilosa ou de propriedade intelectual protegida, em especial aquelas protegidas pelo sigilo bancário, não revelando tal material ou informação a terceiros não autorizados, decorrentes ou oriundos do contrato que ora se estabelece, bem como do objeto pactuado neste Contrato ("Informações Confidenciais").

- a) As informações de natureza confidencial aqui objetivadas excluem, entretanto, aquelas que: (a) Sejam ou se tornem de domínio público, não por culpa da parte a quem tenham sido reveladas; (b) Sejam reveladas por um terceiro autorizado a fazê-lo; ou (c) Coincidam com informações já detidas por qualquer das Partes anteriormente ao início das tratativas relacionadas ao presente contrato.
- b) Se qualquer informação relevante de natureza confidencial chegar indevidamente ao conhecimento de terceiros, por ato culposo ou doloso de qualquer das Partes e/ou de quaisquer outras pessoas sob sua responsabilidade, tal ocorrência será considerada infração contratual da parte envolvida, com as consequências cabíveis.
- c) A utilização autorizada, por determinada Parte, de informações de natureza confidencial a que tiver acesso em função deste contrato, detidas pela outra Parte

e/ou por qualquer outra empresa ligada direta ou indiretamente à mesma, cessará ao mesmo tempo em que: (i) For solicitada pelo CONTRATANTE a descontinuidade da prestação de serviço vinculada à informação de natureza confidencial cuja utilização foi autorizada; ou (ii) ocorrer a rescisão ou término deste contrato.

- d) Na hipótese de cessação de determinada prestação de serviço, por qualquer motivo, as Partes devolverão, imediatamente, a quem de direito, quaisquer documentos, fórmulas, processos, desenhos em papel ou arquivo eletrônico e demais especificações que estejam em seu poder para a prestação do serviço descontinuado.

**22.9. Política de Proteção dos Dados.** As Partes se comprometem a assegurar aos seus clientes que todos os seus colaboradores e prestadores de serviço, no exercício da função, tiverem acesso ou conhecimento das informações dos dados pessoais, incluindo os dados sensíveis, para fins de cumprimento do Contrato, se encontram obrigados ao sigilo, a confidencialidade e a integridade dos dados responsabilizando-se pela conformidade e cumprimento da Lei nº 13.709/2018, especialmente no que tange: (i) à proteção dos dados pessoais; (ii) o tratamento das informações; (iii) à transferência dos dados e demais exigências legais; e (iv) à implementação de todas as medidas de segurança para proteção dos dados.

**22.10. Política de Anticorrupção.** A Partes declaram ter conhecimento das regras de anticorrupção brasileiras, a saber: a Lei nº. 9.613, de 3 de março de 1998 ("Lei sobre os crimes de Lavagem de Dinheiro"), e a Lei nº. 12.846, de 1 de agosto de 2013 ("Lei Anticorrupção" e, em conjunto com a Lei sobre os crimes de Lavagem de Dinheiro, as "Regras Anticorrupção Brasileiras"), obrigando-se a cumprir integralmente com seus dispositivos, bem como se abster de qualquer atividade que constitua uma violação das Regras de Anticorrupção Brasileiras.

**22.11. Meio Ambiente e Direitos Humanos.** A ON MED não permite e não permitirá a utilização de produtos de origem desconhecida ou duvidosa, tais como fruto de contrabando e/ou pirataria, ou ainda, que agredam o meio ambiente e/ou atentem contra os direitos humanos.

**22.12. Lei Aplicável e Força Executiva.** Este Contrato será regido e interpretado de acordo com as leis do Brasil, e é um título executivo extrajudicial, nos termos do art. 784 e seguintes do CPC/15.

**22.13. Solução de Controvérsias.** As Partes envidarão seus melhores esforços para resolver qualquer controvérsia relacionada a este Contrato. Se surgir uma demanda ou controvérsia, uma das Partes poderá notificar à outra sua intenção de chegar a uma resolução dentro de 10 (dez) dias da notificação, através de negociações de boa-fé.

**22.14. Efeito Vinculativo; Terceiros Beneficiários.** O presente Contrato e todas as suas disposições deverão ser vinculativos e vigorar em benefício das Partes e seus respectivos sucessores. Nenhuma disposição do presente Contrato se destina a conferir a qualquer Pessoa, exceto as Partes contratantes, quaisquer direitos ou recursos nos termos deste instrumento.

**22.15. Acordo Integral.** O presente Contrato (inclusive os anexos) constitui o entendimento integral das Partes em relação às questões tratadas neste instrumento e revoga e prevalece sobre todos e quaisquer entendimentos, verbais ou por escrito, anteriores em relação a essas questões. Nenhuma alteração dos termos deste Contrato será considerada válida se não for formalizada em termo aditivo firmado pelas Partes.

**22.16. Disposições a Sobreviverem ao Término ou Rescisão.** As disposições deste Contrato que devem expressamente sobreviver ao seu término ou rescisão ou que são contempladas para sobreviver por tempo limitado, dada sua natureza ou contexto permanecerão em pleno vigor e efeito não obstante o término ou rescisão.

**22.17. Lei Aplicável.** O presente Contrato, bem como os direitos e obrigações nele previstos, serão regidos e interpretados pelas leis da República Federativa do Brasil, em particular pela Lei n. 10.406/02.

**22.18. Assinaturas.** As Partes concordam em assinar o presente acordo por meio de plataformas de assinatura digital, admitindo expressamente tal meio como válido, nos termos do permissivo contido no § 2º do artigo 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001. Fica dispensada a obrigatoriedade do uso de assinaturas, das Partes e/ou das testemunhas, por meio de certificados emitidos pela ICP-Brasil, nos mesmos termos do dispositivo mencionado no item acima, concordando as Partes que qualquer meio idôneo de certificação digital de autoria e integridade deste Instrumento será válido com comprovação de suas assinaturas.

**22.19. Foro.** As Partes elegem o Foro da Comarca da Contratante, como único competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Contrato, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justas e acordadas, as Partes assinam este contrato eletronicamente, juntamente com as 2 testemunhas abaixo indicadas, para um só fim.