

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares de Diagnóstico e Terapia

Nome do Plano	SÃO BERNARDO AMBULATORIAL TOTAL
Nº de Registro na ANS	479.905/18-4
Tipo de Contratação	Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial	Ambulatorial
Padrão de Acomodação	Indisponível
Área de Abrangência Geográfica	Grupo de Municípios
Área de Atuação	Colatina-ES; Linhares-ES; Serra-ES; Vila Velha-ES; Vitória-ES.
Formação do Preço	Pré-Pagamento
Fator Moderador	Não

TÍTULO I – DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

1.1 QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

Razão Social: CASA DE SAÚDE SÃO BERNARDO S/A

Nome Fantasia: SÃO BERNARDO SAÚDE

Endereço: Rua Madeira de Freitas, n.º 44, Praia do Canto, Vitória /ES., CEP 29.055-320.

CNPJ: 31.488.208/0001-25

Registro ANS: 36.376-6

Classificação: Medicina de Grupo

1.2 QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

Pessoa Jurídica devidamente identificada na Proposta de Adesão, parte integrante deste contrato.

TÍTULO II – DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

2.1 O presente contrato se caracteriza pela contratação **COLETIVA EMPRESARIAL**, sendo aquela que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

2.2 A segmentação assistencial do plano objeto deste instrumento contratual é **Ambulatorial**, que compreende a cobertura ambulatorial.

2.3 A área de abrangência geográfica deste produto é **GRUPO DE MUNICÍPIOS**, compreendendo as cidades relacionadas neste contrato.

2.4 Quanto à formação do preço, o presente contrato caracteriza-se como **PRÉ-ESTABELECIDO**, uma vez que valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas e independentemente destas.

TÍTULO III – DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

3.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, visando à assistência médico-hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente à época do evento.

3.2 Trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto no Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

3.3 A assistência ora pactuada compreende as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observando-se a legislação vigente nessa data e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

TÍTULO IV – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

4.1 Poderão ser inscritos neste contrato como **BENEFICIÁRIOS TITULARES** relacionados como **BENEFICIÁRIOS** pelo **CONTRATANTE**:

- a) os funcionários ativos e inativos, em caso de relação empregatícia;
- b) os servidores ativos e inativos, em caso de relação estatutária;
- c) os sócios da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- d) os administradores da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- e) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- f) os agentes políticos;
- g) os trabalhadores temporários;
- h) os estagiários;
- i) os menores aprendizes.

4.2 São **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao **BENEFICIÁRIO TITULAR**:

- a) o (a) cônjuge;
- b) o convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge;
- c) os (as) filhos (as) solteiros (as) ou tutelados (as) até 21 anos completos, não emancipados;
- d) os (as) filhos (as) solteiros (as) estudantes universitários até 24 anos completo, devidamente comprovado;
- e) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- f) os (as) filhos (as) comprovadamente inválidos (as).

4.3 É assegurada a inclusão:

a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO TITULAR**, isento do cumprimento dos períodos de carência ou cláusula de cobertura parcial temporária ou agravo, contanto que, simultaneamente:

a.1) já tenham sido cumpridas integralmente as carências relativas à cobertura obstétrica; e

a.2) a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento.

b) do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** adotante.

b.1) e que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

Parágrafo Único. Ultrapassados os prazos previstos acima, os novos **BENEFICIÁRIOS** cumprirão todos os períodos de carência previstos neste contrato.

4.4 Para fins deste contrato são considerados **BENEFICIÁRIOS** as pessoas físicas que usufruirão os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependentes.

4.5 O **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** a relação de **BENEFICIÁRIOS**, que será acompanhada das informações cadastrais dos titulares e dependentes, documentos comprobatórios

do cumprimento dos requisitos de elegibilidade e dependência e Declaração de Saúde, quando devida, de cada um dos BENEFICIÁRIOS conforme estabelecido pela **CONTRATADA**.

Parágrafo Único. O **CONTRATANTE** responsabiliza-se por todas as informações prestadas, especialmente no que tange ao cumprimento dos requisitos de elegibilidade, titularidade e dependência dos inscritos, ficando assegurado à **CONTRATADA** o direito de solicitar a comprovação quando julgar necessária.

4.6 O **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar à **CONTRATADA** através de formulário específico as inclusões e exclusões de BENEFICIÁRIOS para os efeitos deste contrato.

Parágrafo Único. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela **CONTRATADA**.

4.7 Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão vinculados ao BENEFICIÁRIO TITULAR no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

4.8 A adesão e a permanência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão condicionadas a participação do BENEFICIÁRIO TITULAR no plano.

4.9 A **CONTRATANTE**, no ato da contratação, deve incluir e, durante a vigência do contrato, manter no mínimo 03 (Três) BENEFICIÁRIOS, sendo que 01 (um), comprovadamente, deve ser sócio ou ter vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, sob pena de rescisão unilateral do contrato pela **CONTRATADA**.

TÍTULO V – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1 A **CONTRATADA** assegurará aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento, observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas - DC e Protocolos de Utilização – PROUT da ANS, se houver.

Parágrafo Único. A cobertura assegurada compreende os procedimentos ambulatoriais e os atendimentos de urgência e emergência, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós anestésica, CTI, UTI, CETIN e similares, conforme especificado abaixo, **exclusivamente por médicos contratados / credenciados e dentro dos recursos próprios ou contratados / credenciados pela CONTRATADA, conforme relação entregue ao CONTRATANTE e disponível na página na Internet – www.saobernardo.com**

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

5.3 Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época da contratação, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, desde que garantidos pela segmentação deste plano.

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

CAPÍTULO I - DA COBERTURA AMBULATORIAL EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA

5.5 A cobertura deste Capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e observadas as Diretrizes de Utilização - DUT, Diretrizes Clínicas - DC e Protocolo de Utilização - PROUT da ANS, se houver, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de

diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços com o recuperação pós-anestésica, CTI, UTI, CETIN e similares, observada a seguinte abrangência:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - c.1) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - c.2) quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c.3) radioterapia ambulatorial;
 - c.4) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - c.5) hemoterapia ambulatorial; e
 - c.6) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- d) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões por ano de contrato, não cumulativo, estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, Diretrizes da Utilização - DUT, Diretrizes Clínicas - DC e Protocolo de Utilização - PROUT da ANS, se houver;
- e) coberturas de psicoterapia, de acordo com o número de sessões por ano de contrato, não cumulativo, estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo com o por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente, Diretrizes da Utilização - DUT, Diretrizes Clínicas - DC e Protocolo de Utilização - PROUT da ANS, se houver;
- f) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- g) cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época; e
- h) cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para segmentação ambulatorial.

SEÇÃO I – DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

5.7 É assegurada cobertura para todos os atendimentos ambulatoriais, bem como tratamentos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10^o Revisão – CID 10, de acordo com as seguintes diretrizes: A cobertura assegurada inclui:

- a)** o atendimento às emergências, assim considerado as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídios e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes, conforme previsto neste contrato.
- b)** a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo ambulatorial prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

TÍTULO VI – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

6.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98 e as normativas da ANS, respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação vigente e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, **estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:**

- a) **procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a cobertura assistencial contratada ou para aqueles que, mesmo previstos, não preenchem os requisitos estabelecidos em Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas - DC e Protocolos de Utilização – PROUT;**
- b) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;**
- c) **procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**
- d) **inseminação artificial e fornecimento de medicamentos de uso domiciliar, ainda que relacionados ao planejamento familiar;**
- e) **tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;**
- f) **fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;**
- g) **atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela CONTRATADA em substituição à internação hospitalar.**
- h) **fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;**
- i) **fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- j) **tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecido pelas autoridades competentes; e**
- k) **casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declarados pela autoridade competente.**
- l) **Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- m) **enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- n) **consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência, exceto aqueles previstos no rol de procedimentos;**
- o) **despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados/contratados ou entidades não credenciadas/contratadas;**
- p) **despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;**
- q) **despesas não vinculadas à cobertura deste contrato ou em desacordo do que são contratadas pelo CONTRATANTE;**
- r) **honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos de caráter odontológico;**
- s) **aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**

- t) transplantes, exceto aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento e de acordo com as condições e segmentação expressas neste contrato;
- u) produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
- v) realização de exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- w) Cobertura odontológica;
- x) Cobertura hospitalar;
- y) Cobertura obstétrica.

TÍTULO VII – DA DURAÇÃO DO CONTRATO

7.1 Após os primeiros 12 (doze) meses de contratação, o contrato renovar-se-á automaticamente, prorrogando-se por tempo indeterminado.

Parágrafo Único. Não haverá cobrança de taxa ou qualquer outro valor a título de renovação contratual, bem como a recontagem de carências.

TÍTULO VIII – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1 Para utilização das coberturas previstas neste contrato, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir prazos de carência estabelecida na Proposta de Adesão, que serão contados a partir da data de inclusão do BENEFICIÁRIO no plano respeitados os seguintes prazos máximos:

8.1.1 24 (vinte e quatro) horas – atendimento de urgências/emergências;

8.1.2 30 (trinta) dias – consultas eletivas e exames e procedimentos de baixa complexidade;

8.1.3 180 (cento e oitenta) dias – demais exames e procedimentos de média e alta complexidade.

8.2 Se o número de participantes **no ato da contratação** for **igual ou maior que 30 (trinta)**, **NÃO** será exigido o cumprimento de carências, **desde que a inscrição ocorra em:**

a) **até 30 (trinta) dias da assinatura do presente contrato; e/ou**

b) **até 30 (trinta) dias da vinculação do BENEFICIÁRIO TITULAR na pessoa jurídica CONTRATANTE;**

c) **até 30 (trinta) dias da caracterização da condição de admissão em caso de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES.**

Parágrafo Único. Após o transcurso dos prazos previstos acima, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir os períodos de carência integralmente.

TÍTULO IX – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

CAPÍTULO I – DOS PLANOS COM ATÉ 30 PARTICIPANTES NO ATO DA CONTRATAÇÃO

9.1 Nos planos coletivos empresariais com menos de 30 (trinta) participantes no ato da contratação, o BENEFICIÁRIO TITULAR está obrigado, na oportunidade da inclusão no plano, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador de doença ou lesão preexistente.

CAPÍTULO II – DOS PLANOS COM 30 OU MAIS PARTICIPANTES NO ATO DA CONTRATAÇÃO

9.2 Nos planos coletivos empresariais com número de BENEFICIÁRIOS igual ou maior que 30 (trinta) no ato da contratação, se a inscrição do BENEFICIÁRIO ocorrer em até 30 (trinta) dias da assinatura do presente aditivo e/ou em até 30 (trinta) dias da vinculação do BENEFICIÁRIO TITULAR à pessoa jurídica **CONTRATANTE**; ou em até 30 (trinta) dias da caracterização da condição de admissão em caso de

BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, NÃO será exigido pela **CONTRATADA** o preenchimento da Declaração de Saúde para a constatação de doenças ou lesões preexistentes, bem como não poderá ser exigido o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo.

Parágrafo Único. Após o transcurso dos prazos previstos acima, os BENEFICIÁRIOS estarão obrigados a preencher Declaração de Saúde, e em caso de identificação de Doença e Lesão Preexistente estarão sujeitos a todas as regras decorrentes desta.

CAPÍTULO III – DAS REGRAS RELATIVAS ÀS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

9.3 Quando devido o preenchimento da Declaração de Saúde, o BENEFICIÁRIO TITULAR está obrigado, na oportunidade da inclusão no plano, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador de doença ou lesão preexistente.

9.4 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

9.5 A informação será prestada através de Declaração de Saúde acompanhada de Carta de Orientação ao Beneficiário, cujo formulário é parte integrante deste contrato, facultado ao BENEFICIÁRIO a realização de entrevista qualificada com um médico contratado (auditor) sem nenhum ônus, ou, a critério do BENEFICIÁRIO, com um médico não pertencente ao quadro de contratados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

9.6 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o BENEFICIÁRIO para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o BENEFICIÁRIO saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

9.7 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

9.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do BENEFICIÁRIO a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

Parágrafo Único. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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

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

9.11 Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o BENEFICIÁRIO tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o BENEFICIÁRIO.

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

Parágrafo Único. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, disponível no site www.ans.gov.br

9.13 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

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

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

9.16 A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição quanto à existência de doença ou lesão preexistente.

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

9.18 Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

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

9.20 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

TÍTULO X – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1 É garantida pela **CONTRATADA** cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, assim definidas como:

a) emergência: situações que impliquem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

b) urgência: situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

10.2 É garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência **ambulatoriais** que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§1º. Quando o atendimento de emergência ou de urgência decorrente de complicação do processo gestacional, a cobertura estará limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, sendo que quando necessária para a continuidade do atendimento 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 qualquer ônus a CONTRATADA.

§2º. O atendimento de urgência ambulatorial decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas, contados a partir da data de inclusão do BENEFICIÁRIO no plano.

10.3 Nos casos em que houver cobertura parcial temporária em decorrência de doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa(s) doença(s) ou lesão(ões) será limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, sendo que quando necessária para a continuidade do atendimento, 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 da **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

CAPÍTULO I – DO REEMBOLSO EM CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

10.4 A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência ambulatorial, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA** dentro da área de abrangência geográfica e área de atuação do plano.

10.5 O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da tabela de referência da **CONTRATADA**, vigente à data do evento e disponível para consulta em sua sede, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no ambulatório e data da saída, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de saída;
- c) conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRMs, discriminando funções e evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico.

§1º. Ultrapassado o prazo do caput, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-SAÚDE, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

§2º. É assegurado pela **CONTRATADA** que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado junto à rede de prestadores do plano.

§3º. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 1 (um) ano, contado da data do evento, para solicitar o reembolso acompanhado dos documentos acima relacionados, sob pena de perda do direito.

10.6 Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

CAPÍTULO II – DA REMOÇÃO EM CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

10.7 Os BENEFICIÁRIOS terão garantido pela **CONTRATADA** a cobertura de remoção, para uma unidade de atendimento da rede do plano, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e desde que na área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

10.8 Os BENEFICIÁRIOS terão garantido pela **CONTRATADA** a cobertura de remoção, para uma unidade do SUS, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando:

- a) o BENEFICIÁRIO estiver cumprindo período de carência e para internação;
- b) durante o cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária e quando houver necessidade de internação em leitos de alta tecnologia, eventos cirúrgicos e/ou procedimentos de alta complexidade.

§1º. Caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

§2º. Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

§3º. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

10.9 Nos casos previstos neste Capítulo, quando não possa haver remoção por risco de morte, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus.

TÍTULO XI – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CAPÍTULO I – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

11.1 A **CONTRATADA** entregará aos **BENEFICIÁRIOS** Cartão Individual de Identificação que, acompanhado de documento de identidade, os habilitará aos atendimentos previstos neste **CONTRATATO**.

11.2 O beneficiário, em caso de extravio do *Cartão Individual de Identificação*, para obter uma 2ª(segunda) via, deverá comunicar o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas de sua reemissão.

CAPÍTULO II – DOS PROCEDIMENTOS PARA A UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS

11.3 Os serviços previstos neste contrato serão prestados pela **CONTRATADA** exclusivamente através de rede contratada/credenciada e própria, havendo prioridade para a rede própria, conforme relação entregue ao **CONTRATANTE**:

- a) consultas: os **BENEFICIÁRIOS** serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os contratados/credenciados da **CONTRATADA**;
- b) atendimentos ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou contratados/contratados;
- c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através de rede própria ou contratada/credenciada, mediante solicitação do médico assistente, em impressos próprios da **CONTRATADA**.

CAPÍTULO III – DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

11.4 É exigida autorização prévia para a utilização dos serviços previstos neste contrato, exceto:

- a) consultas; e
- b) atendimentos de urgência e emergência.

Parágrafo Único. Quando da necessidade de autorização prévia pela **CONTRATADA** para a realização de procedimento, será garantida resposta no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

11.5 É facultada a **CONTRATADA** a realização de avaliação prévia do **BENEFICIÁRIO** pela auditoria para realização de exames complementares, serviços e auxiliares ou quaisquer outros serviços cobertos por este contrato.

Parágrafo Único. Quando da necessidade de avaliação prévia do consumidor pela auditoria da **CONTRATADA**, será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

11.6 No caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização ou avaliação prévia é garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional

solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

CAPÍTULO V – DA REDE DE PRESTADORES

11.7 É facultada a CONTRATADA a exclusão ou substituição de prestadores de serviço. Parágrafo Único. A exclusão ou substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, se dará mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE e a 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, conforme o art. 17, parágrafo 1º da Lei nº 9.656/98.

11.8 Nos casos em que houver substituição de estabelecimento hospitalar por vontade da CONTRATADA durante período de observação ambulatorial do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento obriga-se a manter a observação e a CONTRATADA, a pagar as despesas pelo período de até 12 (doze) horas, na forma do contrato, conforme o art. 17 da Lei nº 9.656/98.

11.9 O redimensionamento da rede hospitalar por redução ocorrerá mediante prévia autorização expressa da ANS, conforme determina o art. 17, parágrafo 4º da Lei nº 9.656/98.

11.10 Os BENEFICIÁRIOS terão conhecimento da rede de prestadores através da Relação de Prestadores de Serviços Próprios / Credenciados / Contratados da CONTRATADA, cuja atualização se dará periodicamente, e também disponíveis para consulta na sede da CONTRATADA e na página na Internet www.saobernardo.com

11.11 Em havendo alterações nas normas emanadas pela Agência Reguladora sobre o tema, as mesmas serão aplicadas nas respectivas vigências.

TÍTULO XII – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DO PAGAMENTO

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

12.2 O **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, via fatura mensal, a importância estipulada neste contrato, que é obtida pela soma dos valores das mensalidades de acordo com a faixa etária em que cada BENEFICIÁRIO esteja inscrito no plano (titulares e dependentes), acrescidos dos valores correspondentes à taxa de inscrição.

12.3 Será de responsabilidade dos BENEFICIÁRIOS TITULARES INATIVOS (demitidos e aposentados), conforme regras específicas previstas neste contrato, o pagamento mensal, via boleto, da importância estipulada contratualmente entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** que é parte integrante deste contrato.

12.4 A Taxa de Inscrição ou reinclusão por BENEFICIÁRIO está prevista na Proposta de Adesão, parte integrante deste contrato, e será cobrada da **CONTRATANTE** juntamente com a mensalidade do mês imediatamente subsequente à solicitação.

12.5 As faturas/boletos das mensalidades serão pagas até o dia previsto na Proposta de Adesão, parte integrante do presente contrato, podendo a **CONTRATADA** adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§1º. Os pagamentos deverão ser realizados nas agências bancárias relacionadas no documento de cobrança.

§2º. 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.

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

12.7 As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**.

Parágrafo Único. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

12.8 Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

12.9 Ocorrendo impontualidade no pagamento da fatura mensal, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do FIPE Saúde (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

12.10 O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 15 (quinze) dias consecutivos, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato e proceder a sua cobrança judicial ou extrajudicialmente.

TÍTULO XIII – DO REAJUSTE

13.1 Para fins deste contrato é considerado reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária e nas coparticipações, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial.

13.2 O reajuste anual deste contrato será aferido e aplicado conforme o número de participantes na data desta contratação e na data de aniversário do contrato durante a sua vigência, conforme disposto neste Título.

13.3 O número de BENEFICIÁRIOS participantes no contrato para fins de reajuste será aferido anualmente no mês de sua contratação ou no mês de aniversário durante a sua vigência, independentemente do plano contratado e do número de beneficiários participantes no mês de aplicação do reajuste.

CAPÍTULO I – DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS PARA FINS DE REAJUSTE

13.4 O contrato coletivo que possuir menos de 30 (trinta) participantes no mês de sua contratação ou no mês de aniversário do contrato durante a sua vigência, será reajustado através do *critério de agrupamento de contratos coletivos* estabelecido neste Capítulo, que tem por finalidade promover a distribuição do risco inerente à operação de cada um dos contratos agrupados.

13.5 A apuração da quantidade de BENEFICIÁRIOS será feita anualmente, no mês de sua contratação ou no mês de aniversário do contrato durante a sua vigência, sendo que a variação no número de participantes nos meses subsequentes àquele da contratação ou no seu aniversário não irão interferir no agrupamento.

Parágrafo Único. Ocorrendo alteração na quantidade de BENEFICIÁRIOS deste plano após a apuração prevista neste item, ainda assim, este contrato permanecerá dentro do agrupamento e assim será considerado para fins da apuração do cálculo e aplicação do reajuste, sendo feita nova aferição da quantidade de BENEFICIÁRIOS a cada aniversário do contrato.

13.6 Após a apuração da quantidade de BENEFICIÁRIOS a que se refere o item anterior, a CONTRATADA calculará anualmente um único percentual de reajuste que será aplicado para todos os contratos participantes do “agrupamento”, respeitada a data de aniversário de cada um deles, conforme a metodologia de cálculo a seguir descrita:

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

Parágrafo Único. Para fins de obtenção da sinistralidade do presente contrato, serão considerados eventuais ressarcimentos realizados pela **CONTRATADA** ao Sistema Único de Saúde – SUS, decorrentes da utilização espontânea dos BENEFICIÁRIOS da **CONTRATANTE** no serviço público.

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

Reajuste Técnico ideal = $\{[S + 1,15 \times (\text{desv. padrão de } S / \text{raiz quadrada de } n)] / S_m\} - 1$

Onde:

S = Sinistralidade média do período

1,15 representa $z \sim N(0;1)$ para um determinado nível de confiança 87,5%

desv. padrão de S = desvio padrão da Sinistralidade mês a mês

n = número de meses observados

S_m = Meta de Sinistralidade

13.8 Para fins de cálculo do reajuste por agrupamento será considerado o período de 12 meses (posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data da divulgação do percentual de reajuste).

13.9 A apuração do cálculo de reajuste por agrupamento ocorrerá todo mês de março, sendo que a sua aplicação ocorrerá no período de maio de um ano à abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste, no mês de aniversário do contrato.

13.10 A **CONTRATADA** divulgará na página na Internet – www.saobernardo.com, até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado aos contratos integrantes do agrupamento, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste.

13.11 Os critérios ou quaisquer outras condições aqui previstas somente serão alteradas através de Termo Aditivo pactuado entre as partes.

13.12 Além do reajuste acima especificado, todos os valores previstos neste contrato serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo FIPE-SAÚDE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

CAPÍTULO II – DO REAJUSTE INDIVIDUALIZADO

13.13 O contrato coletivo que possuir 30 (trinta) beneficiários ou mais no mês de sua contratação ou no mês de aniversário do contrato durante a sua vigência, ou que, por qualquer motivo, não possa ser reajustado conforme os critérios previstos no Capítulo anterior, será reajustado conforme segue.

SEÇÃO I – DO REAJUSTE FINANCEIRO

13.14 Todos os valores previstos neste contrato serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, pelo FIPE-SAÚDE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

SEÇÃO II – DO REAJUSTE TÉCNICO

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

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

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

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

Reajuste Técnico ideal = $\{[S + 1,15 \times (\text{desv. padrão de } S / \text{raiz quadrada de } n)] / S_m\} - 1$

Onde:

S = Sinistralidade média do período

1,15 representa $z \sim N(0;1)$ para um determinado nível de confiança 87,5%

desv. padrão de S = desvio padrão da Sinistralidade mês a mês
n = número de meses observados
Sm = Meta de Sinistralidade

SEÇÃO III – DAS DEMAIS REGRAS

13.17 Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e especialmente o número de BENEFICIÁRIOS vinculados no ato da contratação. Assim, qualquer alteração destes itens será procedida mediante aditivo contratual, com consequente repactuação dos valores devidos.

13.18 Fica estabelecido que os valores relativos às mensalidades de cada BENEFICIÁRIO serão reajustados na data de aniversário de vigência do presente contrato, independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS no plano.

13.19 Fica estabelecido que a **CONTRATADA** comunicará a ANS, nos prazos estabelecidos pela regulamentação vigente, os reajustes aplicados ao contrato.

13.20 As partes estabelecem também que:

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

II – O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de BENEFICIÁRIOS serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes contratualmente;

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

IV - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do presente contrato.

TÍTULO XIV – DAS FAIXAS ETÁRIAS

14.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada BENEFICIÁRIO inscrito esteja enquadrado.

14.2 Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos BENEFICIÁRIOS que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do BENEFICIÁRIO.

14.3 As faixas etárias e percentuais de reajuste a ser aplicada para fins deste contrato são:

1ª - De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos – 0%

2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos – 15,02%

3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos – 14,94%

4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos – 15,05%

5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos – 15,00%

6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos – 15,99%

7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos – 21,01%

8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos – 30,00%

9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos – 35,00%

10ª - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais – 39,10%

14.4 A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança da faixa etária corresponderá aos percentuais indicados neste contrato, incidindo sempre sobre o preço correspondente à faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual previsto no contrato.

Parágrafo Único. Nos termos da regulamentação vigente, o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, bem como a variação acumulada entre

a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

TÍTULO XV – DOS DIREITOS ASSEGURADO AOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

CAPÍTULO I – DO DEMITIDO

15.1 A **CONTRATADA** assegura ao BENEFICIÁRIO TITULAR que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário com o **CONTRATANTE**, no caso de rescisão ou exoneração do trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele já vinculados no plano, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do **CONTRATANTE**.

§1º. O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO será de **um terço do tempo de contribuição ao plano**, ou sucessor, com um **mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses**.

§2º. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste artigo.

§3º. A condição de BENEFICIÁRIO assegurada neste artigo deixará de existir, **quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato**, independentemente do motivo.

§4º. O BENEFICIÁRIO TITULAR terá **até 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa** para obter este benefício junto à **CONTRATADA**, cabendo exclusivamente ao **CONTRATANTE** dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO demitido.

§5º. O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.

§6º. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do BENEFICIÁRIO, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar-ambulatorial.

CAPÍTULO II – DO APOSENTADO

15.2 A **CONTRATADA** assegura ao BENEFICIÁRIO TITULAR que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele vinculados, as 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**.

§1º. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado acima, é assegurado o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO, **à razão de um ano para cada ano de contribuição**, desde que assuma o pagamento integral do plano.

§2º. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste item.

§3º. A condição de BENEFICIÁRIO assegurada neste artigo deixará de existir, **quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato**, independente do motivo.

§4º. O BENEFICIÁRIO TITULAR terá **até 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa para obter este benefício** junto à **CONTRATADA**, cabendo exclusivamente ao **CONTRATANTE** dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO aposentado.

§5º. O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.

§6º. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do BENEFICIÁRIO, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar-ambulatorial.

15.3 Caso o empregado venha a se aposentar e continuar trabalhando para a **CONTRATANTE** (pessoa jurídica empregadora), na oportunidade do seu desligamento será garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observando-se as regras previstas neste Capítulo.

CAPÍTULO III – DAS RESPONSABILIDADES

15.4 Será de responsabilidade da **CONTRATANTE** informar seus empregados no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, a possibilidade de manter-se como BENEFICIÁRIO do plano, para que estes **manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.**

15.5 Será de responsabilidade do EX-EMPREGADO o pagamento da contraprestação em seu nome e de seus respectivos dependentes diretamente à **CONTRATADA** durante o gozo do benefício previsto neste Título.

§1º. O EX-EMPREGADO pagará à **CONTRATADA**, a importância obtida pela soma dos valores das mensalidades de acordo com a faixa etária em que cada BENEFICIÁRIO esteja inscrito no plano (titulares e dependentes).

§2º. Os valores referentes ao fator moderador não estão incluídos nos preços das mensalidades previstas acima.

15.6 É de responsabilidade da **CONTRATANTE** disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS a tabela de preços de seu custo por faixa etária, mesmo que as partes tenham acordado valores inferiores a estes, bem como apresentar a tabela de preços, por faixa etária, das mensalidades em caso de gozo do benefício previsto neste Título.

Parágrafo Único. A referida tabela será reajustada anualmente, na mesma periodicidade e percentual aplicado aos demais preços.

15.7 A **CONTRATANTE** fica obrigada, no momento da comunicação à **CONTRATADA** da exclusão do BENEFICIÁRIO, a informar:

- I – Se o BENEFICIÁRIO foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II – Se aposentado, se continuou trabalhando para a **CONTRATANTE**;
- III – Se o BENEFICIÁRIO contribuía para o pagamento do plano e ainda, se total ou parcialmente;
- IV – Por quanto tempo o BENEFICIÁRIO contribuiu para o pagamento do plano; e
- V - Se o BENEFICIÁRIO optou por sua manutenção no plano ou se recusou esta condição.

15.8 A **CONTRATADA** somente aceitará a exclusão de BENEFICIÁRIOS mediante a **comprovação de que o mesmo foi comunicado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário, bem como o repasse das informações previstas no artigo anterior.**

15.9 Fica a critério das partes, mediante prévio acordo, a disponibilização de plano de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados - demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados.

Parágrafo Único. Casos as partes disponibilizem plano de saúde exclusivo para ex-empregados, as mensalidades serão reajustadas anualmente, considerando a totalidade da carteira da **CONTRATADA** de contratos exclusivo para ex-empregados, e o respectivo percentual será divulgado em sua página na Internet.

15.10 Perde o direito de permanência no plano na condição de ex-empregado nos casos de:

- I – Término dos prazos de permanência;
- II – Admissão do ex-empregado em novo emprego;
- III – Cancelamento do plano pelo **CONTRATANTE** (pessoa jurídica empregadora) que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

15.11 A **CONTRATADA** disponibilizará plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar aos BENEFICIÁRIOS vinculados a planos coletivos decorrentes de vínculo empregatício no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

§1º. Considera-se, na contagem de prazos de carência o período de permanência do BENEFICIÁRIO no plano coletivo cancelado.

§2º. Incluem-se no universo de BENEFICIÁRIOS de que trata este item todo o grupo familiar vinculado ao BENEFICIÁRIO TITULAR.

§3º. Será de responsabilidade da CONTRATANTE informar aos BENEFICIÁRIOS TITULARES sobre o cancelamento do benefício, para que estes possam fazer opção pelo plano individual ou familiar da **CONTRATADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento.

CAPÍTULO IV – DEFINIÇÕES IMPORTANTES

15.12 Para fins das regras previstas neste Título, assim definem-se:

I - Contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, **à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à Coparticipação paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar-ambulatorial;**

II – Tempo de Contribuição: período pelo qual o beneficiário contribuiu financeiramente para o plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, e não se confunde com o período que ele esteve vinculado ao plano de saúde;

III - Mesmas condições de cobertura assistencial: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos; e

IV - Desligamento: ato da rescisão do contrato de trabalho demissão/exoneração/aposentadoria)

V - Novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

TÍTULO XVI – DAS CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS

16.1 O BENEFICIÁRIO será excluído do contrato, mediante prévia comunicação, quando:

a) Por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, nos termos das Condições de Admissão deste contrato;

b) o BENEFICIÁRIO perder o vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;

c) ocorrer óbito do titular do plano.

Parágrafo Único. A exclusão do **BENEFICIÁRIO TITULAR** cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

16.2 O beneficiário que tiver o seu vínculo com plano de saúde extinto em razão de morte do titular do plano poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar, no prazo de 60 (sessenta) dias da extinção de seu vínculo, desde que:

a) O **CONTRATANTE** esteja adimplente junto a **CONTRATADA**;

b) O plano de destino esteja compatível com o plano objeto desta contratação, conforme critérios estabelecidos pela ANS;

c) A faixa de preço do plano de destino seja igual ou inferior a que se enquadra o plano objeto desta contratação, considerada a data do pedido de exercício da portabilidade especial de carências; e

d) O plano de destino não esteja com registro em situação "ativo com comercialização suspensa" ou "cancelado" junto a ANS.

§1º. A portabilidade especial de carências tratada nesse artigo pode ser exercida independentemente da data de início de vigência do presente contrato.

§2º. O **BENEFICIÁRIO** que estiver cumprindo carência ou cobertura parcial temporária pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no novo plano.

§3º. Ao beneficiário que estiver vinculado a 24 (vinte e quatro) meses ou mais neste contrato, é assegurado o direito de exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

16.3 É de responsabilidade do **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão dos **BENEFICIÁRIOS** titulares e dependentes do plano, com exceção dos seguintes casos, em que a **CONTRATADA** poderá realizá-la a seu livre critério:

I - Fraude; ou

II - Perda do vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ou perda de dependência dos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**.

16.4 As exclusões de **BENEFICIÁRIOS** deverão ser comunicadas pelo **CONTRATANTE**, por escrito ou meio magnético, até o dia estabelecido na Proposta de Adesão, parte integrante do presente contrato, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, sendo garantido o atendimento para esses **BENEFICIÁRIOS** até o último dia de exclusão.

16.5 O **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** que vier a perder a condição de dependência poderá assinar contrato em seu próprio nome - plano de contratação individual/familiar - em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como dependente, aproveitando as carências já cumpridas para as coberturas deste contrato.

TÍTULO XVII – DA RESCISÃO

17.1 Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

17.2 Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, rescindi-se também este contrato, mediante simples notificação, nas seguintes situações:

- a) Após o término do prazo mínimo de vigência, imotivadamente por qualquer das partes mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias;
- b) Declaração de informações falsas ou incompletas, ou omissão destas, influenciando na celebração do contrato;
- c) Qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos do **CONTRATANTE** e/ou por qualquer **BENEFICIÁRIO**, na utilização do objeto deste contrato;
- d) Utilização indevida do cartão individual de identificação da **CONTRATADA**;
- e) Tentativa de impedir ou dificultar a realização de quaisquer exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos da **CONTRATADA**, desde que devidamente comprovada;
- f) Decretação de liquidação ou insolvência civil, ou requerimento de recuperação judicial;
- g) Descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato;
- h) A qualquer tempo, havendo inadimplência de pagamento por período superior a 30 (trinta) dias, sem prejuízo ao direito de recebimento de valores inadimplidos até a efetiva rescisão.

Parágrafo Único. A critério da **CONTRATADA**, em substituição à rescisão do contrato, este poderá optar, mediante prévio aviso ao **CONTRATANTE**, pela suspensão das coberturas ou exclusão do autor do ilícito, bem como dos respectivos **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** que a eles estiverem vinculados, conforme o caso.

17.3 Antes do término do prazo mínimo de vigência é facultado a qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente ao valor de duas faturas mensais, ressalvado o direito da **CONTRATADA** de exigir o complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa, nos termos do parágrafo único do artigo 416 do Código Civil vigente.

17.4 O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação expressa e formal, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus. Poderá, também, o presente contrato ser encerrado nas formas e prazos da RN 412.

Parágrafo Único. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

17.5 Durante o período compreendido entre a notificação de rescisão e a efetiva rescisão do presente contrato as partes ficam impedidas de realizarem qualquer inclusão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS**.

17.6 A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia dos prazos mencionados nas cláusulas anteriores, correndo as despesas a partir daí por conta do **CONTRATANTE**.

17.7 Rescindindo o Contrato, obriga-se o **CONTRATANTE** a devolver os cartões de identificação emitidos em favor de seus **BENEFICIÁRIOS**, assumindo perante a mesma total e absoluta responsabilidade pela sua utilização indevida, nos termos deste Contrato.

17.8 O **CONTRATANTE** reconhece que é devido, em favor da **CONTRATADA**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus **BENEFICIÁRIOS**, cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

TÍTULO XVIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 Os serviços previstos neste contrato serão prestados pela **CONTRATADA** prioritariamente através de rede própria, conforme relação entregue ao **CONTRATANTE**.

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

18.3 Os **BENEFICIÁRIOS** com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

18.4 Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** deverá encaminhar reclamação escrita, para a devida apuração.

18.5 A utilização dos serviços contratados durante os períodos de suspensão ou de carências, neste caso ressalvadas as urgências emergências, implica em dever do **CONTRATANTE** pagar a **CONTRATADA** o respectivo custo, aferido através da tabela de referência.

18.6 O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**.

18.7 Quando da exclusão de **BENEFICIÁRIOS**, o **CONTRATANTE** deverá recolher o **Cartão Individual de Identificação para inabilitar os excluídos** aos atendimentos contratados.

18.8 Serão de **responsabilidade exclusiva do CONTRATANTE**, os custos eventualmente incorridos pelos **BENEFICIÁRIOS** excluídos.

18.9 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.10 O **CONTRATANTE**, pelos **BENEFICIÁRIOS** vinculados ao plano, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais, assim como informações solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde e/ou judiciais.

18.11 A inserção de mensagens no documento de cobrança das mensalidades valerá como comunicação para o **CONTRATANTE**, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento, exceto para efeitos de rescisão contratual, em que a notificação deverá ser específica e com comprovante de recebimento.

18.12 É de responsabilidade do **CONTRATANTE** comunicar a **CONTRATADA**, de imediato, qualquer alteração em suas informações cadastrais e de seus **DEPENDENTES**, especialmente em relação ao endereço, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder.

Parágrafo Único. A inobservância desta condição não impedirá a **CONTRATADA** quanto à automática aplicação de todas as condições que regem o presente instrumento, inclusive no que diz respeito às condições de rescisão contratual.

18.13 As consultas agendadas pelos **BENEFICIÁRIOS** diretamente com os prestadores poderão ser canceladas, **SEM ÔNUS, desde que haja comunicação com no mínimo 24 (vinte e quatro horas) de antecedência.** O não comparecimento à consulta ou a não observância do prazo acima mencionado, implicará no pagamento da consulta.

18.14 Os direitos relativos ao presente instrumento jurídico não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.

18.15 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, quaisquer alterações das normas que impliquem em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

18.16 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objetos de aditivo ao presente contrato, quando couber.

18.19 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinado pelo **CONTRATANTE**, a Declaração de Saúde dos titulares e dependentes, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e eventuais aditivos que venham a ser celebrados entre as partes.

19.17 SÃO ADOTADAS AS SEGUINTE DEFINIÇÕES:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos Beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões

preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

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

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

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

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

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

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

TÍTULO XX – DO FORO DE ELEIÇÃO

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

E por estarem assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento em duas vias de igual teor, para todos os efeitos legais, na presença das testemunhas que assinam.