



Diário Oficial

CÂMARA MUNICIPAL DE SERRINHA-BA

PODER
LEGISLATIVO
SERRINHA – BA.

segunda-feira, 6 de maio de 2019
Ano I ♦ Edição Ordinária nº. **0039**

Caderno 1 ♦ Página: 1



Presidente:

Jean Carlos Cardoso Silva

1º. Vice-Presidente:

Flávio Ferreira Gomes

2º. Vice-Presidente:

José Raimundo B. da Silva

1º. Secretário:

Alexandre Lima Araújo Junior

2ª. Secretária:

Rosineide da Silva Lima Souza

**Câmara Municipal
de Serrinha – BA.**

Avenida: Manoel Noveis nº. 735

Bairro: Centro

CEP: 48.700-000

(75) 3261-2315

diario@domunicipio.com

**Participe das Sessões
da Câmara Municipal**



camaraserrinha.ba.gov.br

ATOS OFICIAIS DO PODER LEGISLATIVO

INSTRUMENTO JURÍDICO UNIÃO MÉDICA PLANOS DE SAUDE S/A.

**imprensa
oficial**

A publicidade **LEGAL**
levada a **SÉRIO.**

CDKM SOLUCOES CONSULTORIA ADMINISTRATIVA LTDA
M:15653533900140



união médica

Instrumento Jurídico No _____

CLÁUSULA 1a - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: Câmara Legislativa Municipal da Cidade de Serrinha
Bahia

CNPJ: 13.347,406 / 0001-97

ENDEREÇO: Avenida Manoel Novaes, 735 , Centro, Serrinha , Bahia.

TELEFONE: (75) 32615904

RESPONSÁVEL: Jean Carlos Cardoso Silva (Presidente da Câmara de Vereadores)

CPF: 943211595-04

EMAIL: Jean_carlos1711@hotmail.com
karlavillane@gmail.com

b) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

RAZÃO SOCIAL - UNIAO MEDICA PLANOS DE SAUDE S A.

INSCRIÇÃO NO CNPJ -04.745.753/0001- 87

REGISTRO NA ANS - 41.458-1 – REGISTRO DEFINITIVO

CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS - COOPERATIVA MÉDICA

ENDEREÇO – PRACA CEL. TERTULIANO ALMEIDA 5, KALILANDIA, FEIRA DE SANTANA, BAHIA.
CEP – 44.001-256

- c) DO OBJETO DO INSTRUMENTO JURIDICO** : O presente instrumento jurídico tem como objeto a celebração de " parceria" entre a Câmara de Vereadores de Serrinha- Bahia e a União Médica Planos de Saúde S.A, para a adesão voluntária de eventuais, edis, assessores e servidores da Câmara, ao plano de saúde ofertado neste instrumento, para desconto em folha de pagamento, sendo única e exclusiva obrigação da câmara de vereadores, através de seu departamento de recursos humanos, proceder com o desconto em folha da remuneração do servidor da casa legislativa e realizar o repasse para a União Medica Planos de Saúde S.A.

d) NOME COMERCIAL DO PLANO: EMPRESARIAL RP COPART ENFERMARIA

e) NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS: nº 478664/17-5

f) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato é caracterizado como Plano Privado de Assistência à Saúde Empresarial.

g) TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:
Ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia.

h) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: Grupo de Municípios

i) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: Feira de Santana, Senhor do Bonfim, Serrinha, Ribeira do Pombal, Santo Estevão, Jacobina, Itaberaba, Santa Luz, Cruz das almas, Santo Antônio de Jesus, Conceição do Coite, Conceição do Jacuípe e Itiúba.

j) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: O padrão de acomodação em internação é COLETIVO.

1

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo. Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao usuário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

CLÁUSULA 2a – ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1 - OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, visando a Assistência Médica, Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados com à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde vigente à época do evento.

2.2 – NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

A natureza do contrato é de adesão, revestido em característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil Brasileiro, estando também sujeitos às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3a – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O Plano coletivo empresarial se destina as pessoas jurídicas que mantêm vínculo empregatício ou estatutário com o usuário titular.

Parágrafo Segundo.

Parágrafo Terceiro: Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a)

CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

1) Comprovar a sua legitimidade e mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:

a) Cópia do contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone;

b) a relação dos funcionários inscritos no FGTS;

c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de

2 (dois) beneficiários

2) Comprovar vínculo de seus associados, segundo o estatuto social da entidade, e o

preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

2

a) Proposta de adesão de beneficiário, com ou sem dependentes, para cada titular com vínculo assinado pelo titular e CONTRATANTE;

b) Declaração de Saúde, preenchida e assinada para cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);

c) Carta de esclarecimento ao beneficiário, assinado pelo titular

- d) o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo (quando for o caso).

Parágrafo Quarto. O(A) CONTRATANTE informará a CONTRATADA, até 15 (quinze) dias anteriores a data do vencimento da fatura, a relação ou o pré cadastramento no sistema Web Empresarial da Operadora dos beneficiários a serem inscritos ou excluídos no plano de saúde, após início da vigência deste instrumento contratual, acompanhado da apresentação de documentos que comprovem o vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE, bem como os documentos listados no parágrafo anterior.

Parágrafo Quinto. O termo inicial de vigência dos atendimentos aos beneficiários inscritos conforme parágrafo terceiro será o 1º dia subsequente ao vencimento da fatura do mês, devendo ser observados os prazos de carências a serem cumpridos.

Parágrafo Sexto. As exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comunicação inequívoca da CONTRATANTE ao ex-empregado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9656/98, devendo ainda ser fornecido a CONTRATADA as seguintes informações:

I – se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

II – se o beneficiário aposentado continuará trabalhando na mesma empresa;

III – se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

IV – por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde; e V – se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Parágrafo Sétimo. Havendo contribuição do ex-empregado e pedido de manutenção no plano de saúde, deverá ser assinado por este um Termo de Opção de Manutenção no plano de saúde disponibilizado pela CONTRATADA.

Parágrafo Oitavo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes a atestar a condição de dependência.

Parágrafo Nono. Caso a CONTRATANTE não comprove as informações referentes ao vínculo dos beneficiários, arcará com todas as despesas geradas pela utilização do plano de saúde por parte destes beneficiários, ficando, desde já, autorizado a CONTRATADA a realizar esta cobrança em custo operacional.

Parágrafo Décimo. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais

como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional
3

de Saúde), nome da mãe e endereço do usuário titular, outros. Também é de responsabilidade da CONTRATANTE informar a CONTRATADA o número do CPF dos dependentes inscritos no plano quando completarem 18 (dezoito) anos.

Parágrafo Décimo Primeiro. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

3.2 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados usuários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados:

a) Entende-se como relação empregatícia ou estatutária os empregados/funcionários da pessoa jurídica CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

Parágrafo Primeiro. Também são considerados usuários titulares do plano de saúde os:

- a) sócios da pessoa jurídica contratante;
- b) administradores da pessoa jurídica contratante;
- c) trabalhadores temporários;
- d) estagiários e menores aprendizes;
- e) demitidos e aposentados conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98; f) quando o plano for contratado na forma da Lei 8.666/93, a pessoa jurídica contratante poderá inscrever:

- os aposentados a ela vinculados
- os agentes políticos;

Parágrafo Primeiro. Poderão ser inscrito os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

- O cônjuge;
- Irmãos, até 28 anos completos
- Sobrinho, até 28 anos completos
- Neto, até de 28 anos completos
- Enteado, até 28 anos completos
- Genro, Nora (casados) até 28 anos incompletos
- Os filhos solteiros, até 28 (vinte e oito) anos incompletos;
- O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e os menores tutelados, que ficam equiparados aos filhos;
- O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- Os filhos comprovadamente inválidos, o que deve ser atestado por profissional médico, ficando a critério da CONTRATADA a indicação da menor forma de comprovação da invalidez alegada, inclusive encaminhando

o paciente à perícia/auditoria médica, quando entender conveniente.
Parágrafo Segundo. É assegurada a inclusão:

4

- Do recém-nascido, filho natural ou filho adotivo (recém-nascido ou menor de doze anos) do beneficiário titular inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que:
 - a) a mãe ou o pai do recém-nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
 - b) a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;
 - c) seja apresentada a certidão de nascimento ou o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção;
 - d) seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta cláusula;
 - e) seja paga a inscrição e a mensalidade do recém-nascido ou do filho adotivo, no vencimento.

Parágrafo Terceiro. A inscrição do beneficiário titular e dependentes, fica condicionada a apresentação da documentação abaixo em atendimento as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

I. TITULAR:

- Cópia RG, CPF
- Comprovante de residência em nome do titular ou outro documento que comprove, conforme exemplos abaixo:
 - Conta de água, luz ou telefone;
 - Contrato de Locação;
- Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante
 - a) Funcionários:
 - Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo); ou
 - Cópia da Ficha de Registro Empregado – assinada e carimbada pela empresa; ou
 - Contra cheque, folha de pagamento. - Contrato de Locação;
 - b) Temporário, estagiário ou menor aprendiz:
 - Contrato de Trabalho; ou
 - Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro).
 - c) Sócios:
 - Contrato Social
 - d) Administradores:
 - Contrato Social; ou
 - Procuração com poderes específicos; ou
 - Documento equivalente
 - e) Agente Político
 - Documento de Diplomação

II. DEPENDENTES:

- Esposa: Cópia RG, CPF e Certidão de Casamento;
 - Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
 - Filhos menores de 18 anos: Cópia da Certidão de Nascimento;
 - Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG e CPF;
- Do cônjuge do cliente titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

5

- Filhos Adotivos: Cópia da Certidão de Nascimento ou do termo de guarda para fins de adoção;
 - Enteados: Comprovação de convivência do casal;
 - Filhos maiores de 21 anos até 24 anos incompletos: Documento que comprove a matrícula regular em curso de nível superior.
- Parágrafo Quarto. O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do usuário titular no plano.
- Parágrafo Quinto. Caberá a CONTRATANTE a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco dos dependentes com o titular.
- Parágrafo Sexto. A CONTRATANTE no ato da contratação deverá apresentar os documentos que comprovem sua legitimidade para firmar o presente instrumento, bem como deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários inscritos.
- Parágrafo Sétimo. A adesão ao plano das pessoas físicas vinculadas à CONTRATANTE, na condição de seu empregado e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura da planilha de inclusão, cabendo ao beneficiário titular informar a CONTRATANTE a relação dos dependentes a serem inscritos no plano.
- Parágrafo Oitavo. Os dependentes que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência, e com as seguintes especificidades:

a) b)

Caso o beneficiário esteja cumprido carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes; o beneficiário que esteja pagando agravos que tenham menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravos a ser negociado com a operadora;

Parágrafo Nono. Ficará a critério da UNIÃO MÉDICA a realização de exame prévio de admissão nos clientes, a fim de averiguar lesões e

doenças preexistentes.

CLÁUSULA 4a - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 - A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – Agência Nacional da Saúde, vigente à época do evento, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento, e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nos termos do art. 10 da Lei no 9.656/1998.

6

Parágrafo único. As coberturas médico-hospitalares descrita no caput referem-se aos atendimentos realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato.

4.2 - Os procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitada a relação existente entre a CONTRATADA e seus prestadores de serviço de saúde.

4.3 - Os eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e seus anexos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológista terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica

4.4 - Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

4.5 - As escopias listadas nos anexos do Rol de Procedimentos vigente têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

4.6 - O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada pela CONTRATADA e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

4.7 - Estão cobertos os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas vigentes e de acordo com o previsto neste contrato.

4.8 - Estão cobertos os atendimentos relacionados com acidente de trabalho e saúde ocupacional. No caso da cobertura relacionada com a saúde ocupacional estão cobertos o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de

trabalho, listadas na Portaria no 1339/GM do Ministério da Saúde.

COBERTURA AMBULATORIAL

4.9 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas às seguintes exigências:

I - Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

7

III - Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido nas DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento constantes no Rol de Procedimentos da ANS – Agência Nacional da Saúde, vigente à época do evento;

IV - Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido nas DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento constantes no Rol de Procedimentos da ANS – Agência Nacional da Saúde, vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, observado os seguintes critérios:

V - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

VI - Cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, nos termos da RN 192/2009 da ANS e de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento.

VII - Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS vigente à época do evento.

VIII - 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;

IX - Cobertura de hemodiálise e diálise peritonial – CAPD.

X - Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de

efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

XI - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásicos oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde observado seguinte:

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

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

XII - Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época da solicitação.

XIII - Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares.

XIV - Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

XV - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época da solicitação.

XVI - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na

ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

COBERTURA HOSPITALAR

4.10 - A cobertura hospitalar definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente compreende os atendimentos realizados em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

I - Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar.

II - Cobertura de hospital dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observado o seguinte:

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelos menos um dos seguintes critérios:

- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);
- b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 à F29);
- c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, CID F31);
- d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

II.1 - Entende-se como hospital dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

II.2 - 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.

II.3 - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

II.4 - A assistência para os procedimentos hospitalares na modalidade de hospital dia, em internações de curta permanência, se dará a critério do médico assistente.

III - Cobertura de transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo: a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- III.1 - Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.
- III.2 - Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
- III.3 - As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.
- IV - Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecendo os critérios definidos no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.
- V - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, incluindo colocação, inserção e/ou fixação e de sua remoção e/ou retirada listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:
- a) cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME's necessários à execução dos procedimentos;
- b) 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 às características especificadas; e
- c) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CONTRATADA.

- VI - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; e
- c) pessoas portadoras de deficiências.

10

VII - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

VIII - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observado o seguinte: a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

IX - Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- c) procedimentos radioterápicos como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

- e) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;

- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações conforme definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- X - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.
- XI - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- XII - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

11
XIII - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro.

XIV - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

XV - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

XVI - Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde.

XVII - Coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, de que trata sobre o

planejamento familiar e as orientações do Ministério da Saúde, bem como diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

XVIII - Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da CONTRATADA.

COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

4.11 - Tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10 e respeitando as DUTS - Diretrizes de Utilização do Tratamento" do Rol da ANS, de acordo com as diretrizes seguintes:

I. Ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, com início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c) tratamento básico, assim considerado aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

II. Hospitalar:

12

- a) custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

- b) custeio integral de 15 (quinze) dias de internação em hospital geral, por ano de contrato e não cumulativos, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por

- alcoholismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) ultrapassados os prazos de internação previstos acima, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de coparticipação do beneficiário no percentual de 50% (Cinquenta pontos percentuais) do custeio de cada diária excedida.
- d) estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aqui incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;
- e) os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além da cobertura integral de 30 (trinta) dias de internação prevista neste inciso, dispõem de até 08 (oito) semanas anuais de tratamento, conforme indicação do médico assistente, em regime de Hospital-Dia;
- f) nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos — inclusive os sintomáticos (F 00 a F 09) - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29) - retardo mental (F70 a F79) - transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98) do CID 10, a cobertura de até 8 (oito) semanas de tratamento prevista no item anterior poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

COBERTURA OBSTÉTRICA

- 4.12 - A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério incluindo:
- I - Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
- a) pré-parto;
- b) parto; e
- c) pós-parto imediato por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.
- II - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.
- III - Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.
- IV - Entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.
- V - Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

CLÁUSULA 5a – EXCLUSÕES DE COBERTURA

13

5.1 - Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei no. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que: a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off- label).

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, à exceção quantos aos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de

uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso de acordo com as Diretrizes de Utilização, anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

VII – 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;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

14

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XII – consultas domiciliares;

XIII – próteses importadas não nacionalizadas (que não possuem registro na ANVISA);

XIV - tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;

XV - atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

XVI - despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico;

XVII - cirurgias para mudança de sexo;

XVIII - produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra

despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XIX - enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XX - vacina e sua aplicação;

XXI - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXII - todo e qualquer atendimento domiciliar, home care, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXIII - remoção domiciliar;

XXIV - os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar

para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;
XXV - despesas de acompanhantes, 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 e para os portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
XXVI - procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciados a CONTRATADA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão

15

ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

XXVII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
XXVIII - transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento; XXIX- tratamentos em SPA e casas sociais;
XXX - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
XXXI - investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
XXXII - a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
XXXIII - procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
XXXIV - especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do usuário, que

deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATANTE compromete-se a intermediar o contato da CONTRATADA com o beneficiário sempre que este pleitear procedimento não previstos no Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, bem como de procedimento incluídos no rol das exclusões de cobertura listadas acima;

CLÁUSULA 6a - VIGÊNCIA DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento, inclusive para contagem dos prazos de cobertura parcial temporária.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

16

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, prevalecendo, para todos os fins, as condições, normas, coberturas e limitações já previstas sem cobrança de qualquer taxa ou valor a título de renovação.

CLÁUSULA 7a - PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 - Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários

21

regularmente inscritos, após o cumprimento dos períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da inscrição do usuário no plano de saúde.

CARÊNCIAS

Urgência e Emergência

24 horas

Consultas médicas

30 dias

Exames simples

30 dias

Exames complementares

180 dias

Parto

300 dias

Procedimentos de alta complexidade (PAC)

180 dias

Internamento

180 dias

Pré-existência

24 meses

Parágrafo Primeiro. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) usuários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

a) Em até 30 dias da celebração do contrato; ou

b) Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

Parágrafo Segundo. O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém nascidos e filhos adotivos inscritos conforme Cláusula de Condições de Admissão dos Beneficiários.

Parágrafo Quarto. Na eventualidade da redução do número de usuários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que

formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

Parágrafo Quarto. Na hipótese do beneficiário optar por adquirir novo produto com acomodação em apartamento deverá assinar novo Termo de Adesão e cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação. Se no período de

17

carência para acomodação ocorrer necessidade de internação do beneficiário, estará assegurada a acomodação anteriormente contratada.

CLÁUSULA 8a - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas em 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 9656/1998, o inciso IX do art. 4o da Lei no 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa no 162/2007.

8.2 - O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

a. Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e

b. Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou

2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

Parágrafo Primeiro. Os usuários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão dos Usuários.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de usuários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Segundo. Todos os beneficiários inscritos no plano deverão informar à CONTRATADA por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à

suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei no 9.656/1998.

Parágrafo Terceiro. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Parágrafo Quarto. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico referenciado pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário. a) Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais disponibilizados pela CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

18

a) 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.

Parágrafo Quinto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos usuários, a realização de uma avaliação médica por profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Sexto. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos usuários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Sétimo 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.

Parágrafo Oitavo. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA

oferecerá ao usuário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravado.

Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

8.3 - 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.

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

Parágrafo Segundo. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta

19

tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. 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. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data de adesão do beneficiário ao plano privado de assistência à saúde.

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

Parágrafo Quinto. 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

25



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.

Parágrafo Sexto. Instaurado o processo administrativo na ANS, a CONTRATADA caberá o ônus da prova.

- a) A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
 - b) A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
 - c) Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
 - d) 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.
 - e) 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.
- Parágrafo Sétimo. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa o percentual ou valor do Agravo e o período de vigência do Agravo.

CLÁUSULA 9a – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 9.1 -
Para efeito da presente cláusula, considera-se:
20

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

9.2 – A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional rege-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

9.3 - Nas situações de urgência e emergência é assegurado aos beneficiários:

a) b)

c) d)

Garantia para atendimentos de urgência e emergência, sem restrições, após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do usuário no plano (titular ou dependente, conforme o caso);

Garantia de que, 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;

Garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados até às primeiras 12 horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência;

Garantia de atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, 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 diretamente às Doenças e Lesões Preexistentes;

9.4

Parágrafo Único. Nesses casos, o plano deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência neste caso, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo maior 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.

9.5 - A operadora garantirá a cobertura da REMOÇÃO do paciente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, previstos no contrato, em território brasileiro, nas seguintes situações:

- a) na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;

b) depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para

– Em caso de aplicação da cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência se aplica somente em hipóteses de necessidade de coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

21

continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE;

c) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo períodos de carência para internação;

d)

quando fornecida a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de Cobertura Parcial Temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. Na remoção, a OPERADORA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS

Parágrafo Primeiro. A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o usuário em período de Cobertura Parcial Temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Terceiro. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Quarto. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

9.6 – Os beneficiários inscritos pelo(a) CONTRATANTE têm direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), dentro da área geográfica de abrangência, das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da CONTRATADA, disponível na sede da Operadora.

Parágrafo primeiro. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao cliente, realizado enquanto perdurar o estado de urgência e emergência, cobertos por este contrato, sendo assegurado o reembolso no valor

mínimo praticado pela operadora no prazo máximo de 30 dias a contar da data de entrega da documentação.

Parágrafo Segundo. O(A) CONTRATANTE ou beneficiário deve entregar toda a documentação original (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência), relativa às despesas efetuadas. A documentação deve ser entregue a CONTRATADA no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta, que terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso.

CLÁUSULA 10a – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 – Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

I - CO-PARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites estabelecidos nos normativos vigentes. Parágrafo Primeiro. As consultas médica, em consultório e pronto socorro, deverão ser realizadas no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da CONTRATADA, ou excepcionalmente, em casos de urgência e emergência, dentre os médicos integrantes do corpo clínico das unidades credenciadas, serão realizados mediante coparticipação de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), devendo ser paga diretamente ao prestador no momento da prestação do serviço. Parágrafo Segundo. Na internação psiquiátrica, caso sejam ultrapassados os prazos definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante coparticipação, de 50% (cinquenta por cento) do total das despesas médicas com o tratamento, devendo o valor equivalente à coparticipação ser pago diretamente ao prestador. Parágrafo Quarto. Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente.

II. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

10.2 - A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de Cobertura Parcial Temporária, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a CONTRATADA adotar, sempre que necessário, novo sistema operacional para melhor atendimento. Parágrafo Primeiro. O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

23

10.3 - É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outro documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta,

30



neste caso, de quaisquer responsabilidades, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

10.4 - A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares previstos no contrato e no Rol de Procedimentos e Diretrizes de uso da ANS, vigentes, através de médicos cooperados e, eventualmente, médicos não cooperados integrantes do corpo clínico das unidades credenciadas, conforme guia médico pertencente ao plano adquirido, entregue no ato de sua inscrição. O beneficiário poderá ter acesso as atualizações do guia médico na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet.

10.5 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 10,00 (dez reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

III. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

10.6 - Os serviços contratados são prestados por médicos cooperados, serviços credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. Os serviços abaixo descritos serão prestados mediante apresentação pelo beneficiário, da solicitação/indicação escrita pelo médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido, limitados ao ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da

ANS – a)

b) c) d) e)

Agência Nacional da Saúde.

Sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional;
Sessões de psicoterapia;

Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: Os exames complementares e serviços auxiliares: Cirurgia buco-maxilo-facial (salvo nas hipóteses de urgência e emergência)

Parágrafo Segundo. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a

autorização da CONTRATADA, sob pena da desta não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Terceiro. Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação, quando a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente

24

estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação emitida pelo médico assistente.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

10.7 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no ROL de procedimentos e suas atualizações, respeitando as DUTS – Diretrizes de Utilização do Tratamento” do Rol da ANS – Agência Nacional da Saúde e no contrato.

10.8 - Será disponibilizado ao beneficiário, no site da operadora, o GUIA MÉDICO, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços. A atualização do guia médico também estará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento e na internet.

10.9 - A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantido a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a

cargo da operadora.

10.10 - Condições diferenciadas de atendimento:

a) a CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais. As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

b) CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico- perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme prevê o art. 4º da Resolução Consu no 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

10.11 - Fica garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir do recebimento da solicitação para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação ou, em prazo inferior, quando caracterizada urgência.

10.12 - A CONTRATADA reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, desde que:

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

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

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

• Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a CONTRATADA solicitará a ANS autorização expressa.

CLÁUSULA 11a – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1 - Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

Parágrafo Primeiro. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a já vinculados.

Parágrafo Segundo. Por ser um plano coletivo empresarial o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, junto à CONTRATADA, à exceção dos demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei no 9656/98).

11.2 - PAGAMENTOS DA MENSALIDADE

Parágrafo Primeiro. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito, os valores relacionados na Tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO
--------------	------------	-------------

0 a 18	77,15	86,35
19 a 23	90,95	101,81
24 a 28	103,74	116,13
29 a 33	119,98	134,30
34 a 38	124,24	139,07
39 a 43	148,89	166,68
44 a 48	189,59	212,23
49 a 53	246,47	275,90
54 a 58	308,08	344,88
59 ou +	462,13	517,32

Parágrafo Segundo A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula, até o vigésimo dia de cada mês, através de boleto bancário.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quarto. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos usuários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar a CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Quinto. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e

correção monetária de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preço ao Consumidor Amplo), ou outro índice que vier 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.

Parágrafo Sexto. 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.

Parágrafo Sétimo. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até dois dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente sede da UNIÃO MÉDICA para que não se sujeite a consequência da mora.

Parágrafo Oitavo. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

27

Parágrafo Nono. A CONTRATADA se reserva no direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.

11. 3 – PERDA DO VINCULO COM A CONTRATANTE

Parágrafo Primeiro. A CONTRATANTE compromete-se a comunicar, IMEDIATAMENTE, à CONTRATADA o desligamento do associado.

Parágrafo Segundo. O beneficiário que perder a condição de admissão terá direito de migrar para um produto individual ou familiar da operadora, com aproveitamento das carências, desde que:

- a) Faça opção pela migração no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o encerramento do vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE;
- b) Assuma o pagamento integral das mensalidades, com os valores dos planos na modalidade individual ou familiar.

CLÁUSULA 12a – DOS REAJUSTES

12-1 - Os valores das contraprestações pecuniárias definidas na Proposta de Contratação e na tabela de preços para as novas adesões deste contrato, bem como as verbas a que se refere à Cláusula Mecanismos de Regulação serão reajustados a cada 12 (doze) meses conforme o IPCA

(Índice de Preço ao Consumidor Amplo), ou por outro que o substitua no caso de sua extinção, acumulado no período de análise do contrato (a cada doze meses, contados a partir do início da vigência), em conjunto com o Índice de Reajuste por Sinistralidade – IRS%, apurado no período.

Parágrafo Primeiro. O Índice de Sinistralidade, proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, será avaliado comparando-se a sinistralidade real apurada, com a definida como padrão ideal para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Também são consideradas as despesas não assistenciais da Operadora, bem como, uma margem de capitalização para cobrir as garantias financeiras e reservas obrigatórias, atinentes à Operadora.

Parágrafo Segundo. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

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

Parágrafo Quarto. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

28

12.2 - REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA PARA OS CONTRATOS NÃO INTEGRANTES DO AGRUPAMENTO DE QUE TRATA A RN 309:

Parágrafo Primeiro. A contraprestação pecuniária será corrigida, anualmente com base na sinistralidade ocorrida nos 12 (doze) meses anteriores ao reajuste, com base na seguinte formula:

$IES + IVC = IRM$ onde,

IES - Índice de excesso de sinistralidade

IVC - Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares

IRM - Índice de Reajuste da Mensalidade

Formula para cálculo do excesso de sinistralidade

$IES = SI / MR - 0,70 \times 100$ onde,

SI - Total de Sinistros incorridos no período

MR - Total de Mensalidade recebida no mesmo período

0,70 - Percentual de sinistro previsto para o plano

Fórmula para cálculo do Índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares

$IVC = (HMC \times 0,15) + (HMO \times 0,28) + (DT \times 0,19) + (MM \times 0,10) + (SAL \times 0,08) + (DGA \times 0,20) + EXT$

Onde,

HMC - Honorários Médicos – Consulta
MO - Honorários Médicos - Outros Procedimentos
DT - Diárias e Taxas Hospitalares
MM - Materiais, Medicamentos e Gases Medicinais
SAL - Salários e encargos
DG - Despesas Gerais e Administrativas
EXT - Custos Extraordinários decorrentes de novos impostos, custo com ações judiciais.

12.3 - REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA PARA OS CONTRATOS INTEGRANTES DO AGRUPAMENTO DE QUE TRATA A RN 309 – (com menos de 30 beneficiários):

Parágrafo Primeiro. Para fins do disposto na Resolução Normativa RN 309, de 24 de outubro de 2012, ficam estabelecidas as seguintes definições:

- a) AGRUPAMENTO DE CONTRATOS:** é a medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;
- b) CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO:** é o contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data de apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 (trinta) beneficiários;
- c) PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:** é o período definido pela operadora de planos de saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada no mês do aniversário do contrato;
- d) PERÍODO DE CÁLCULO DO REAJUSTE:** é o período definido pela operadora de planos de saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do percentual de reajuste;
- e) PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE:** é o período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

Parágrafo Segundo. Os contratos de planos coletivos que possuírem na data de sua assinatura e, posteriormente, no mês do aniversário, o número igual ou inferior a 30 (trinta) beneficiários, deverão seguir para fins de aplicação de reajustes financeiro e por sinistralidade, as regras definidas para o agrupamento de contrato, conforme determina a Resolução

Normativa RN 309/2012.

Parágrafo Terceiro. Se anualmente no mês do aniversário do contrato, o número de beneficiários apurados for superior ao número de 30 (trinta), as regras para a aplicação de reajuste financeiro e por sinistralidade deverão observar o disposto no item "12.2" desta Cláusula.

Parágrafo Quarto. Para identificar a regra de reajuste a ser aplicado num determinado período serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica CONTRATANTE, ainda que vinculados a outros planos contratados.

Parágrafo Quinto. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura ou no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste conforme o agrupamento de contratos no seu aniversário subsequente.

Parágrafo Sexto. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da CONTRATADA, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Parágrafo Sétimo. O critério para o reajuste financeiro anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o seguinte:

a) Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice calculado pela fórmula acima, considerando o excesso de sinistralidade de todos os contratos pertencente

30

ao agrupamento. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de março e fevereiro anterior ao mês de início da aplicação do reajuste que será sempre no mês de maio.

Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos da CONTRATADA com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir:

a) O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o mês de janeiro e dezembro subsequente.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula: $R = (S / S_m) - 1$
Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato
c) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este deverá ser procedido de forma complementar ao reajuste financeiro e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12. 4 - DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CONTRATOS INTEGRANTES OU NÃO DO AGRUPAMENTO DE QUE TRATA A RN 309:

Parágrafo Primeiro. Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

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

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

Parágrafo Quarto. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

CLÁUSULA 13a – DOS REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA

13. 1 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada associado inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos associados que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação

31

pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do associado.

13.2 - Para os contratos em que o valor da mensalidade seja instituída por faixa etária, em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a Taxa Mensal de Manutenção será automaticamente reajustada, no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com a TABELA DE FAIXA ETÁRIA abaixo indicada:

40

Faixa etária

Percentual de reajuste
0 até 18 (dezoito) anos
0,00%
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos
17,89%
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos
14,06%
29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos
15,66%
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos
3,55%
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos
19,85%
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos
27,33%
49 (quarenta e quatro) a 53 (cinquenta e três) anos
30%
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos
25%
59 (cinquenta e nove) anos ou mais
50%

Parágrafo Primeiro. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

Parágrafo Segundo. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos na Resolução Normativa no 63/03:

a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

b) a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

Parágrafo Terceiro. Os clientes com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma

prevista neste contrato.

CLÁUSULA 14a - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

14. 1 - O presente contrato observa o REGIME DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Parágrafo Primeiro. Poderá, ainda, aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular, conforme disposto na Cláusula 3a. Parágrafo Segundo. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

32

14.2 - No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, assim como não haverá Cobertura Parcial Temporária, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

14.3 - O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.

Parágrafo Primeiro. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários, exceto nos casos previstos no art. 30 e 31 da Lei 9656/98.

CLÁUSULA 15a - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E EXCLUSÕES

15.1 - Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes:

- a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- b) quando perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos Empresariais;

c) que vier a falecer;

d) por fraude, esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o

uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por

dolo ou culpa, entre outras;

e) quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;

f) quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual

g) quando se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o usuário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, implicará na suspensão do atendimento do usuário titular e dependentes em atraso ou na sua exclusão, a critério da CONTRATADA;

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Segundo. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Funcionários Demitidos e Funcionários Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante

aviso prévio. Estes poderão assinar um novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Terceiro. A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a CONTRATANTE do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

15.2 - Haverá ainda a perda da qualidade de beneficiário dependente, nos casos:

- a) O cônjuge, em caso de divórcio ou separação;
- b) Os filhos solteiros, que completem idade superior a 21 anos completos e não estejam cursando nível superior;

- b) Os filhos solteiros, que ainda sejam beneficiários dependentes por estarem cursando nível superior, que completem idade superior a 24 anos completos;
- d)

O convivente, que antes tenha a qualidade de beneficiário por haver união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão

judicial, que se desvincule do titular;

Parágrafo Primeiro. Os dependentes que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 60 (sessenta) dias a contar da data da perda da condição de dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

I - FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS

15.3 - No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuíse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator de moderação;
- b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- c) assuma o pagamento integral;
- d) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho será de um terço do tempo de permanência neste plano, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, desde que atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos Usuários.

34

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (demitido), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos

no plano.

Parágrafo Quinto. O usuário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

II - FUNCIONÁRIOS APOSENTADOS

15.4 - Em caso de aposentadoria em decorrência de vínculo empregatício, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator de moderação;
- b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- c) assuma o pagamento integral;
- d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

- a) se tiver contribuído para este plano por 10 (dez) anos ou mais: de forma vitalícia;
- b) se tiver contribuído para este plano por menos de 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da aposentadoria do titular, desde que atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos Usuários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (aposentado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria a do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

Parágrafo Sexto. O usuário e seus dependentes perderão

automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

35

III - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

15.5 - Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os usuários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos usuários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os usuários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos usuários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

CLÁUSULA 16a - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

16.1 - Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE tenha sido comprovadamente notificado, sem prejuízo do direito da UNIÃO MEDICA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Parágrafo Primeiro. O atraso no pagamento das mensalidades pela CONTRATANTE por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou intercalados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito e, sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.

16.2 - O presente contrato rescindir-se-á, também:
Parágrafo Primeiro. Imotivadamente: somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses, por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de

60(sessenta) dias.

Parágrafo Segundo. Motivadamente – A qualquer tempo, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nas seguintes hipóteses:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato;
- b) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
- c) se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
- d) se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para

manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Terceiro. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Quarto. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quinto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensão, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas a CONTRATANTE.

16.3 - Caso a rescisão do contrato por iniciativa do(a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término deste

instrumento, caso solicite ou dê causa a rescisão contratual antes dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato.

CLÁUSULA 17a - DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a

- a) Proposta de Contratação;
- b) Formulários Cadastrais;
- c) Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde;
- d) Guia de Leitura Contratual;
- e) Cartas de Orientação ao Beneficiário;
- f) Declarações de Saúde;
- g) Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo.

17.2 - Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da UNIÃO MÉDICA, o CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o endereço constante da proposta de admissão para a devida apuração.

17.3 - Os clientes com idade igual ou maior que 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

17.4 - O CONTRATANTE, por si e pelos seus dependentes, autoriza a UNIÃO MÉDICA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

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

17.6 - A UNIÃO MÉDICA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos clientes com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela, nem pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado. Tal despesa corre por conta exclusiva do cliente.

37

17.7 - Para os efeitos deste instrumento são adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde, tendo como finalidade institucional

promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde suplementar no País.

AGRAVO DE CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.

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.

BENEFICIÁRIO TITULAR: é a pessoa física inscrita pela UNIÃO MÉDICA, que usufruirá os serviços de saúde definidos.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo baseado em metodologia estatística e atuarial, utilizados para determinação do valor das mensalidades e das provisões e/ou reservas, sempre visando à viabilidade técnico-econômica da operadora de plano ou seguro de saúde.

CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas acordadas, contado a partir do início da vigência do contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do cliente (nome, idade, código de inscrição na operadora, etc.) e é, também, o comprovante de sua ADMISSÃO no plano de saúde.

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: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às doenças e lesões preexistentes.

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 cliente.

UNIÃO MÉDICA: COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE FEIRA DE

SANTANA - operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos clientes do plano ora conveniado, nos

38

termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados, serviços credenciados e de rede própria.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata os serviços da OPERADORA para a população delimitada e vinculada a ela,

CONTRATANTE, cujo vínculo poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical.

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação COLETIVA EMPRESARIAL, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica (funcionários, associados ou sindicalizados), com opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes, com adesão automática da totalidade ou da maioria da massa populacional vinculada ou que venha vincular-se a pessoa jurídica contratante.

CONVIVENTE: pessoa que vive em comum com outrem de sexo diverso em intimidade, familiaridade, concubinato, mancebia, amasiado, amigado, companheiro.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE: é o documento preenchido pelo cliente ou seu representante legal - de próprio punho - que expressa às condições de saúde do(s) beneficiários.

DEPENDENTE: é a pessoa física dependente incluída no mesmo contrato de assistência suplementar à saúde pelo CONTRATANTE. O mesmo que cliente dependente.

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 características graves e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento ou adquirida durante a vida intrauterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: são aquelas de que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei nº 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas na Resolução CONSU de no 2. Estarão excluídos, por até 24 meses, os procedimentos

que requeiram cirurgia, internação em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário caracterizado em declaração do médico assistente, conforme Resolução específica do CONSU.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa, dano à saúde ou à integridade física do cliente, em decorrência de acidente pessoal ou doença, desde que não figure como exclusão de

39

cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do cliente, ou com a sua morte.

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

GUIA DE SERVIÇOS: relação dos médicos cooperados e sua especialidade, serviços credenciados, com respectivos endereços, e que contém, também, explicações gerais sobre os contratos.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o cliente adentra ao hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

NOVAÇÃO: modo convencional da extinção da obrigação primitiva, pela sua substituição por outra, distinta e autônoma.

OBESIDADE MÓRBIDA: quando o índice de massa corporal for igual ou maior que 40, sendo que este é definido pela relação entre o peso e a altura do indivíduo.

Assim, $OM = IMC \geq 40$; $IMC = \frac{Peso}{(altura)^2}$.

OPERADORA: é a pessoa jurídica de direito privado, responsável pela elaboração e comercialização do produto.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou

totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: é o conjunto de opções de coberturas relacionadas à assistência à saúde adquirida pelo CONTRATANTE, através das segmentações.

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

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE: são os procedimentos relacionados em norma específica da ANS que, quando relacionados à Doença ou Lesão Preexistente, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 2 (dois) anos.

PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela UNIÃO MÉDICA.

PRODUTO LTTP: é o que trata das coberturas referentes às Lesões Traumatológicas de Trabalho e de Percurso dos empregados das empresas, relacionados ao conceito de acidente do trabalho.

40

PROPONENTE: é a pessoa que propõe sua adesão ao contrato e que passará à condição de cliente somente após sua admissão pela Operadora.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento a ser validado pela UNIÃO MÉDICA, preenchido pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

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

RENÚNCIA: desistência voluntária.

RESCISÃO: ato de considerar terminado o contrato.

RESILIÇÃO: dissolução de um contrato sucessivo por tempo indeterminado pela vontade de um só.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU, através de norma específica, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados.

SEGMENTAÇÕES: cada um dos tipos de plano; ambulatorial, hospitalar, obstétrico.

TABELA AMB: tabela da Associação Médica Brasileira.

URGÊNCIA: situação médica em que o paciente necessita de atendimento imediato, não havendo, porém, o caráter de morte ou risco de vida, como nas situações de emergência.

CLÁUSULA 18a - FORO DE ELEIÇÃO

18.1 - Fica eleito o Foro da CONTRATANTE, para dirimir qualquer demanda

sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
E por assim estarem justas e contratadas, assinam esse contrato em 2 (duas) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas.

Feira de Santana, 11 de ABRIL de 2019.


CÂMARA MUNICIPAL DE SERRINHA
Jean Carlos Cardoso Silva
CPF: 943.211.595-04
Presidente


UNIÃO MÉDICA PLANOS DE SAÚDE S.A.
Dr. Aderbal Mendes Freire D Aguiar
CPF: 105.214.885-91
Diretor Presidente.

IMPRENSA OFICIAL



Este município possui imprensa oficial!

A lei exige que todo gestor publique seus atos no seu veículo oficial para que a gestão seja mais transparente.



CUIDE DA
SUA CASA.

FALE COM
SEUS VIZINHOS.

CONVERSE COM
A PREFEITURA.

O BRASIL CONTA COM VOCÊ



Autenticidade garantida, esta publicação é assinada digitalmente.