

INSTRUMENTO JURÍDICO DO PLANO INTEGRADO ENF PJ
474.616/15-3

Instrumento Jurídico que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE** a PESSOA JURÍDICA especificada na Proposta de Adesão relativa ao presente contrato,

e, de outro como **CONTRATADA** Razão Social: **ASSOCIAÇÃO SANTA CASA SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, devidamente registrada na ANS sob o nº 41.924-9, inscrita no CNPJ sob o nº 18.321.477/0001-34, classificada na ANS como Medicina de Grupo, com estabelecimento na Rua Dolzani Ricardo nº 635, Centro, no município de São José dos Campos/SP, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nome Comercial: Integrado Enf PJ
 Nº de Registro do Plano na ANS: 474.616/15-3
 Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
 Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia
 Fator Moderador: Coparticipação
 Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Municipal
 Área de Atuação do Plano de Saúde: São José dos Campos
 Padrão de Acomodação em Internação: Coletivo
 Formação do Preço e Mensalidade: Pré-estabelecido
 Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui
 Vínculo: Ativo e Inativo

1º Oficial de Registro de Títulos e
 Documentos de São José dos Campos - SP

245330 TD

Declaração de Recebimento e Posse

Declaro que, antes de optar pelo plano descrito neste Instrumento, fui esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referência, tendo sido oferecido para minha contratação. Declaro também que, antes da assinatura desse Instrumento, me foi entregue o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS. Declaro, ainda, ter sido devidamente informado de que o Guia de Leitura Contratual – GLC será enviado ao Beneficiário Titular junto com o cartão de identificação. Declaro, que recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente. Declaro, por fim, que me fora apresentada a tabela de custo por faixa etária deste plano, nos termos da regulamentação.

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Na Qualidade de Beneficiário Titular (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

245330 TD

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**;

2.1.2 Na Qualidade de Beneficiários Dependentes: pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:

- a) O cônjuge;
b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros e menores de 21 (vinte e um) anos incompletos;
d) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros maiores de 21 (vinte e um) e menores de 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudantes em curso registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento;
e) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;
f) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos e sem rendimentos próprios ou aposentadoria;

2.2 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Beneficiário Titular.

2.3 A inclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será processada conforme modelo de instrumento definido pela CONTRATADA à época da inclusão.

2.4 A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA a relação de Beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes, filiação, endereço completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), nome da mãe e titularidade de sua vinculação ao Plano (titular/dependente), bem como outras informações que venham a ser exigidas pela ANS.

2.5 A CONTRATANTE deverá enviar à CONTRATADA, conforme data estabelecida na proposta de adesão, a lista de movimentação dos Beneficiários, referentes às inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários, conforme modelo a ser ofertado pela CONTRATADA.

2.6 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela CONTRATANTE será processada conforme data estabelecida na proposta de adesão sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada conforme data estabelecida na proposta de adesão

2.7 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será conforme estabelecido na proposta de adesão.

2.8 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período de 30 dias, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.9 No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões pré-existentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

2.10 É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

2.10.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.11 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Pré-existentes.

2.12 A **CONTRATANTE** deverá enviar, quando solicitado pela **CONTRATADA** xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.

2.13 A **CONTRATADA** exigirá cópias de documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com a **CONTRATANTE**, bem como das informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de residência), além das condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, tutela, curatela, união estável e outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos exclusiva e estritamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época

- do evento, observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
 - f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
 - g) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
 - h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
 - h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
 - i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
 - j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
 - k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: somente aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
 - l) Hemoterapia ambulatorial;
 - m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetria compreende:

- a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
- b) Despesas referentes a honorários médicos e aos serviços gerais de enfermagem e alimentação, exceto em caráter particular;
- c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário 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;

245330 TD

Associação
Santa Casa
Saúde
São José dos Campos

- e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato;
- f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
- g.1) 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 necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, 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, ficando a escolha a critério da **CONTRATADA**.
- g.3) 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**;
- g.4) O profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **CONTRATADA** para composição da junta médica.
- h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, 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;
- i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
- i.
- i. 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 beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- ii. 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 hospitalar.
- j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- v. Hemoterapia;
- vi. Nutrição parenteral ou enteral;

- vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- ix. Radiologia intervencionista;
- x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, exclusivamente para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
 - i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
 - i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
 - ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
 - iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- n) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- o) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (compreendido pelas 48 horas após o parto ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente), salvo contra-indicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.
- p) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

3.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estritamente dentro da segmentação contratada;
- c) No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o 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.
- d) Além da coparticipação regular, porventura prevista para qualquer internação, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano da adesão ao Contrato.

3.5 O presente Contrato garante, ainda:

- a) atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;
- c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data 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:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **CONTRATADA** sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- d) 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 de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- e) 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- j) 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 e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;
- k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- m) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- n) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- o) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- p) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- q) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- r) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- s) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- t) Aparelhos ortopédicos;
- u) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- v) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos

- atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- w) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- y) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- z) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- aa) Cirurgia para mudança de sexo;
- bb) Avaliação pedagógica;
- cc) Orientações vocacionais;
- dd) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- ee) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ff) Remoção domiciliar;
- gg) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- hh) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- ii) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

5.2 Este Contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

Cobertura	Carência
Urgência e emergência, nos termos previstos neste Contrato;	24 (vinte e quatro) horas
Parto a termo;	300 (Trezentos) dias
Exames Complexos, PAC	180 (Cento e Oitenta) dias
Consultas ambulatoriais e Exames Simples	30 (trinta) dias
Doença e/ou Lesão preexistente	24 (vinte e quatro) meses
Internação para tratamento psiquiátrico	180 (Cento e Oitenta) dias
Internação	180 (Cento e Oitenta) dias

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

6.3 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à **CONTRATANTE**.

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes 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.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4 O Beneficiário, querendo, tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5 Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

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

7.7 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente 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.

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária – CPT.

7.9 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

7.10 A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11 As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela **CONTRATADA** por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-

245330 TD

hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela **CONTRATADA** para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.12 Lesões e doenças de natureza congênita serão consideradas como doenças ou lesões preexistentes e estarão sujeitas à Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.13 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, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da **CONTRATADA**, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.14 Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo.

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

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

7.14.3 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 pré-existente.

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

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

7.14.6 Após julgamento do processo administrativo pela ANS para apuração da preexistência de doenças ou lesões no momento da contratação, acolhida a alegação da **CONTRATADA**, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento integral de todas as despesas efetuadas pela **CONTRATADA** com a assistência médico-hospitalar prestada sob a pendência do processo administrativo e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do Contrato.

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

7.14.8 O **CONTRATANTE** autoriza o débito integral das despesas efetuadas pela **CONTRATADA** com a assistência médico-hospitalar prestada ao Beneficiário, se julgado procedente as alegações da **CONTRATADA** no processo administrativo a ser julgado pela ANS, devidamente atualizado monetariamente, acrescido de juros legais de 1% (um por cento) ao mês.

7.14.9 O Beneficiário poderá optar por aguardar o resultado do julgamento do processo administrativo pela ANS sobre a suposta preexistência de doenças ou lesões do momento da contratação, de conhecimento do Beneficiário.

7.14.10 A CONTRATADA não se obriga a parcelar quaisquer débitos súbitos que se originarem de julgamento administrativo contra os interesses do Beneficiário.

7.15 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Pré-existentes para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à **CONTRATANTE**.

7.15.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Pré-existentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

8.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato.

8.4 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.

8.5 Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.6 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.7 Nos casos em que o atendimento de urgência ou emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência específica para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.8 Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

8.9 Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

8.9.1 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes.

8.9.2 Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus;
- b) caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- c) na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea "b", a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.10 A **CONTRATADA** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas comprovadas mediante documento fiscal pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência declaradas expressamente pelo médico assistente, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados oferecidos pela **CONTRATADA**.

8.10.1 O Beneficiário deverá apresentar a documentação fiscal adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.10.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da **CONTRATADA** (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela **CONTRATADA** junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CONTRATADA** (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência ou emergência;
- d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela **CONTRATADA**;

8.10.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Para a utilização dos serviços, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos, sem os quais a **CONTRATADA** não efetuará os atendimentos:

- a) Cartão de Inscrição emitido e fornecido pela **CONTRATADA**;
- b) Documento de identificação pessoal com foto expedido por órgão oficial;
- c) Identificação por biometria (quando disponível);
- d) Autorização Prévia, se for o caso, nos termos definidos neste instrumento.

9.2 Os atendimentos solicitados pelo médico assistente e garantidos por esse contrato serão prestados em consultórios, clínicas ou hospitais credenciados pela **CONTRATADA**.

9.3 Dentre os prestadores credenciados para atendimento a esse plano, será discriminada no Manual da Rede, a "Rede Indicada" pela **CONTRATADA**, que constitui uma rede de referência preferencial cuja utilização é recomendada pela Operadora. A utilização da "Rede Indicada"

pela **CONTRATADA** é facultativa ao beneficiário, a quem permanece assegurado o direito de escolha dentre qualquer prestador credenciado para atendimento ao plano tratado neste instrumento.

9.4 Dentre os prestadores credenciados para atendimento a esse plano, a **CONTRATADA** poderá ampliar ou reduzir a qualquer momento a rede considerada como indicada, bastando para tal divulgar essa alteração em seu sítio na internet, www.santacasasaudesjc.com.br. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.5 O Manual da Rede, constando todos os prestadores para atendimento a este plano, inclusive com a discriminação da "Rede Indicada" encontrasse disponibilizado pela Operadora em seu sítio na internet, www.santacasasaudesjc.com.br, integrando esse contrato para todos os fins, independente de transcrição.

9.6 Para todos os atendimentos eletivos garantidos neste contrato, exceto consultas, será necessária a autorização prévia da auditoria da **CONTRATADA**.

9.7 Para emissão da Autorização Prévia, o beneficiário deverá entrar em contato com o atendimento da **CONTRATADA** com a solicitação do procedimento, que será avaliado pela auditoria médica. Excepcionalmente, a **CONTRATADA** poderá disponibilizar acesso para que o próprio prestador obtenha a Autorização Prévia, por telefone ou internet, ficando o beneficiário, nesses casos, dispensado de entrar em contato com o atendimento da **CONTRATADA**.

9.8 Caso entenda necessário, a **CONTRATADA** poderá requisitar informações adicionais e/ou perícia médica para autorização do procedimento, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da **CONTRATADA**.

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

9.10 A **CONTRATADA** garantirá, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, 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 acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora. O Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença à rede da **CONTRATADA**.

9.11 Nos casos de urgência, o beneficiário ou quem por ele responda, terá o prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, contados da data de início do atendimento, para providenciar a Autorização para o atendimento já iniciado nos termos deste instrumento, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.12 Para consultas e atendimentos de urgência, não será exigida autorização prévia, podendo o prestador, no momento do atendimento, apenas fazer a conferência dos dados do beneficiário com a **CONTRATADA**, verificando a regularidade da situação do beneficiário no plano.

9.13 Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.

9.14 Serão considerados exames e procedimentos simples, aqueles de diagnóstico e terapia, tais como: análises clínicas laboratoriais, exceto Procedimento de Alta Complexidade e/ou que contenham Diretrizes de Utilização (DUT) e/ou Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento, exames cardiológicos

(Eletrocardiograma Convencional, Teste Ergométrico, Holter e MAPA 24 horas), exames radiológicos simples não contrastados, Ultrassonografia Transvaginal, exame preventivo e Terapias de Reabilitação (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia).

9.15 Serão considerados exames e procedimentos especiais, todos aqueles não enquadrados no conceito de exames simples previsto neste instrumento.

9.16 As internações serão processadas mediante pedido formulado por médico assistente, e guia de internação expedida e autorizada pela **CONTRATADA**.

9.17 Para internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a **CONTRATADA**, antes de se dirigir à rede prestadora, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a **CONTRATADA** emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente.

9.18 Os beneficiários deste Contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o Cartão Individual de Identificação emitido pela **CONTRATADA**, em pleno vigor.

9.19 A Guia de Internação será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários para os casos idênticos. A prorrogação da internação será concedida mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido de prorrogação e mediante autorização da **CONTRATADA**.

9.20 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação, o beneficiário ou quem por ele responda, deverá apresentar à **CONTRATADA** a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com a devida justificativa.

9.21 O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

9.22 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **CONTRATADA**, constantes no Manual da Rede, ressalvadas as hipóteses de reembolso previstas neste instrumento, é admitido que os serviços possam ser solicitados pelo médico assistente que não fizer parte da rede credenciada, não podendo haver restrições aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**. Nesse caso, deve o beneficiário obrigatoriamente dirigir-se à sede da **CONTRATADA** para transcrição do pedido para a guia padronizada, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

9.23 É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o item anterior, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à 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.

9.24 Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do Contrato.

9.25 Excetuam-se do previsto no item anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

9.26 Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, é necessária autorização prévia da ANS.

9.27 Da Coparticipação

9.27.1 Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à **CONTRATADA**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

9.27.2 Além da contribuição mensal devida pela **CONTRATANTE** em função do número de Beneficiários inscritos, e conforme descrito neste Contrato, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos Beneficiários, dos seguintes procedimentos, **conforme valores estabelecido na proposta de adesão**:

- a) pagamento referente a cada consulta agendada;
- b) pagamento referente a qualquer exame/terapia/sessão solicitado pelos médicos assistente;
- c) pagamento referente a qualquer internação eletiva ou não;
- e) pagamento referente a qualquer atendimento realizado no Pronto Socorro e Pronto Atendimento;
- f) pagamento referente a qualquer sessão realizada por fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista, solicitado pelos médicos da **CONTRATADA**.

Procedimento	Valor da coparticipação
Consulta	R\$
Exames/Terapias/Sessões - Simples	R\$
Exames/Terapias/Sessões - Especial	R\$
Internação	R\$
Pronto Socorro e Pronto Atendimento	R\$

9.27.3 No caso das internações psiquiátricas, além dos valores de coparticipação previstos acima, deverão ser vertidos os demais valores previstos em cláusula específica deste Contrato.

9.27.4 Serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** os valores de coparticipações referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, a **CONTRATANTE** obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou do valor fixado em preço único por beneficiário ou por grupo familiar), bem como valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

10.3 Para cobrança do valor de mensalidade e dos eventuais valores de coparticipação, a **CONTRATADA** enviará, ao **CONTRATANTE**, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada **conforme data de vencimento estabelecida na proposta de adesão** sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.4 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, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

245330 TD

10.5 As faturas emitidas pela **CONTRATADA** terão por base o número de Beneficiários informado pelo **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6 A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprover, mediante comunicação prévia.

10.7 No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

10.8 Se a **CONTRATANTE**, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à **CONTRATADA**, que enviará nova cobrança via e-mail ou por outro meio acordado.

10.9 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE**, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

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

10.11 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.12 O pagamento dos valores devidos à **CONTRATADA** referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.13 No ato da assinatura deste Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** uma taxa de inscrição, por beneficiário inscrito, **conforme valor estabelecido na proposta de adesão**. A taxa de inscrição também será cobrada das novas adesões.

10.14 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da **CONTRATANTE**, bem como do aposentado e o empregado demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado monetariamente, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.15 A **CONTRATADA** se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.16 Do pagamento do Beneficiário

10.16.1 Salvo quanto aos Beneficiários aposentados e demitidos, a **CONTRATANTE** é responsável pelo pagamento diretamente à **CONTRATADA**, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a **CONTRATANTE**.

10.16.2 Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do custo do Beneficiário:

- a) A fixação do preço para os beneficiários ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados, bem como seus dependentes, observará a tabela de custo prevista neste instrumento.

- b) Não haverá financiamento da **CONTRATANTE** para as mensalidades dos beneficiários ex-empregados demitidos/exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes.

10.16.3 A **CONTRATANTE** e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da **CONTRATANTE** solicitar à **CONTRATADA** a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.16.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à **CONTRATANTE**, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.16.5 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência pela **CONTRATANTE**, poderá a **CONTRATANTE** solicitar uma nova inclusão do Beneficiário e seus dependentes a ele vinculado, por ela excluído. Caso a nova readmissão ocorra, o Beneficiário e seus dependentes a ele vinculados, incluídos intempestiva e novamente deverão cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato, não implicando em recontagem de prazos de carência, mas sim de nova inclusão ao grupo vinculado à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade e da coparticipação serão automáticos e anuais, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão Individual de Identificação e coparticipações), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 (trinta) beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamentos, observada a legislação a esse respeito.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário, ainda que tenha ocorrido posterior variação da quantidade de beneficiários.

11.9 No mês de fevereiro de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

11.10 Do índice de reajuste para contratos agrupados

11.10.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela **CONTRATADA**, divulgado em seu site, que será no máximo o percentual obtido através da soma do Reajuste Financeiro com eventual Reajuste Técnico, na forma estabelecida a seguir.

11.10.2 O índice de reajuste financeiro a ser utilizado – RFinanceiro – será o percentual divulgado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para os planos Individuais/Familiares.

11.10.3 O Reajuste Técnico, somente será observado quando o nível de sinistralidade da carteira dos contratos sub-agrupados, ultrapassar a meta 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 Maio e Abril subsequente, devendo ser aplicada a seguinte fórmula:

$$RT = (S/Sm) - 1$$

Onde:

S = sinistralidade apurada no período.

Sm = meta de sinistralidade

11.10.4 Os percentuais de reajuste definidos, serão divulgados no site da **CONTRATADA** até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

11.10.5 Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

11.11 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.11.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0;RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de 75%.

11.11.2 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA**, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a **CONTRATANTE**.

11.11.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, **conforme estabelecido na proposta de adesão.**

Faixas Etárias:	Mensalidade:	Percentuais de Reajustes:
a) 0 a 18 anos de idade	R\$	---
b) 19 a 23 anos de idade	R\$	%
c) 24 a 28 anos de idade	R\$	%
d) 29 a 33 anos de idade	R\$	%
e) 34 a 38 anos de idade	R\$	%
f) 39 a 43 anos de idade	R\$	%
g) 44 a 48 anos de idade	R\$	%
h) 49 a 53 anos de idade	R\$	%
i) 54 a 58 anos de idade	R\$	%
j) 59 anos e acima	R\$	%

12.2 Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, serão os valores previstos na tabela de custo por faixa etária, nos termos da regulamentação.

12.3 Caso haja participação financeira da **CONTRATANTE** no custeio para os Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados mantidos neste plano, nos termos previstos neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos por esses beneficiários, serão previstos em uma tabela de preços, apresentada em anexo a este instrumento, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto a **CONTRATANTE**.

12.4 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

12.5 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.6 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.
- As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

12.7 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 DO DEMITIDO

13.1.1 A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/1998).

13.1.1.1 O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **CONTRATANTE** sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

13.1.1.2 O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **CONTRATANTE** sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

13.2.1.3 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na **CONTRATANTE**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **CONTRATANTE**, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.3.1 O **PLANO** tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PLANO**. Nesse caso, o

direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **PLANO**.

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar **inscrito quando da vigência do contrato de trabalho**, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

13.3.4 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à operadora ou à contratante, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

13.3.7 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pela **CONTRATANTE**, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;

- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à **CONTRATADA**.

14.2 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do **PLANO** tratado neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá obrigatória e expressamente informar à **CONTRATADA**:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na **CONTRATANTE** após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do **PLANO** tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do **PLANO** tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição;

14.3 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste **PLANO**, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

14.4 A **CONTRATADA** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da **CONTRATANTE**, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente.

14.5 O Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.6 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a **CONTRATADA** poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

14.7 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.8 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o **PLANO**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

14.9 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a **CONTRATADA** possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência da **CONTRATANTE**, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da **CONTRATADA** de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da **CONTRATANTE**;
- c) Descumprimento da **CONTRATANTE** às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da **CONTRATANTE**;
- e) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo;

15.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a **CONTRATADA** poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido.

15.3 Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, a **CONTRATADA** poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento.

15.4 Após o término do prazo mínimo de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.5 Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da **CONTRATADA** de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela **CONTRATANTE** para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.8 A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da **CONTRATADA**.

15.9 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a **CONTRATANTE** a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

15.10 É responsabilidade da **CONTRATANTE** comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.11 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) Deverá o Beneficiário solicitar à **CONTRATADA** a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;
- c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** 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 pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A **CONTRATADA** fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a **CONTRATADA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

16.4 É obrigação do **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda, de exclusão de qualquer beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o **CONTRATANTE** assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

16.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

16.6 O uso indevido do Cartão Individual de Identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da **CONTRATADA**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências.

16.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à **CONTRATADA**, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela **CONTRATADA**.

16.8 As segundas vias do Cartão Individual de Identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, conforme valor de R\$15,00 (quinze Reais).

16.9 A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os Contratantes.

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

16.12. O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.14 A **CONTRATADA** não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela **CONTRATADA**.

16.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Instrumento de Adesão, Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Reembolso, Manual de Rede e o Guia de Leitura Contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE**, para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São José dos Campos, _____ de _____ de _____.

ASSOCIAÇÃO SANTA CASA SAÚDE DE
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
CONTRATADA

CONTRATANTE

Testemunhas

Nome:

CPF:

Ass.:

Nome:

CPF:

Ass.:



1º Oficial de Registro de Imóveis,
Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica
São José dos Campos

Rua Francisco Rafael, nº 199 - Centro
S. J. dos Campos - SP - Cep 12213-060
Tel. (12) 3203-0101 - www.irisjcc.com.br

EMOL.:R\$164,33
EST.....:R\$46,62
IPESP:R\$24,17
R.CIV.:R\$8,67
T.JUS.:R\$11,22
ISSQN.:R\$3,25
M.PUB.:R\$7,93
DILIG.:R\$0,00
TOTAL:R\$266,19

Protocolizado em Títulos e Documentos sob
No:248.269 em 26/10/2016 e registrado em
microfilme sob No:245.330 em 10/11/2016.

Maiara Marzulo

- Delcio Prates da Silva - Escrevente
 - Mauro Martins - Escrevente
 - Patricia Daniele Alves - Escrevente
 - Maiara Marzulo Vilela Machado - Escrevente
- Este registro contém 29 folhas.



Operadora: Associação Santa Casa Saúde de São José dos Campos

CNPJ: 18.321.477/0001-34

Nº de registro na ANS: 41.924-9

Nº de registro do produto: 474.616/15-3 | 475.059/15-4 | 474.619/15-8
474.618/15-0 | 458.731/08-6

Site: <http://www.santacasasaudesjc.com.br>

Tel.: (12) 3876-9600

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	1
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	3-4-5-6-7
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	7-8-9
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	10-11-12

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	9-10
MECANISMOS DE REGULÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	13-14-15-16
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	9
RESCISÃO E SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	24-25
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	18-19
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	21-22

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidor@ans.gov.br