

**CONTRATO
DE
PLANO PRIVADO
DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**SEGMENTAÇÃO: AMBULATORIAL + HOSPITALAR
COM OBSTETRICIA**

CONTRATAÇÃO: COLETIVA EMPRESARIAL (PME)

**NÚMERO DO REGISTRO DA OPERADORA
NA
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR –
ANS 30.919-2**

NÚMERO DO REGISTRO DE PRODUTO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS		
PLANO	Nº REGISTRO	ACOMODAÇÃO
PLANO OURO EMPRESARIAL	456.741/08-2	ENFERMARIA

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

- 1.1. O presente instrumento denominado Contrato de Plano Privado de Assistência Médica – Hospitalar com Obstetrícia, tendo, de um lado, como CONTRATADA – SAMED SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, ODONTOLÓGICA E HOSPITALAR S.A., com sede na Rua Engenheiro Eugênio Motta, 255, Jardim Santista, Cidade de Mogi das Cruzes, estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob o nº 44.295.962/0001-90 e Inscrição Estadual Isenta registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 30.919-2, classificada nos termos da RDC nº 39, de 27/10/2000 como sendo MEDICINA DE GRUPO, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos.

2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

- 2.1. E de outro lado como CONTRATANTE, a pessoa jurídica qualificada e identificada na Proposta de Contratação anexa, que faz parte integrante ao presente instrumento.

3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 3.1. O Plano Privado de Assistência Médica ora contratado tem por nome comercial: PLANO OURO EMPRESARIAL e encontra-se devidamente registrado na ANS sob o nº 456.741/08-2.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

- 4.1. O tipo de contratação do presente plano é Coletivo Empresarial.
- 4.2. O plano que possui tipo de contratação coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

- 5.1. A segmentação assistencial deste contrato é AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1. Nos termos da legislação vigente os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios, compreendida pelos seguintes municípios: Itaquaquetuba, Suzano, Mogi das Cruzes – UF – SP.

7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

7.1. Os planos tem atuação delimitada a área de abrangência geográfica contratual, qual seja, grupo de municípios, compreendida pelos seguintes municípios: Itaquaquetuba, Suzano, Mogi das Cruzes – UF – SP.

8. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

8.1. Padrão de Acomodação: **Coletiva (Enfermaria)**

8.2. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela CONTRATADA, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

9. FORMAÇÃO DO PREÇO

9.1. O Contrato é em regime de preço pré-estabelecido, onde o valor da contraprestação pecuniária é calculado pela CONTRATADA antes da realização de procedimentos pelos beneficiários.

10. ATRIBUTOS DO CONTRATO

10.1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do

evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

10.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

11. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

11.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

11.2. São considerados beneficiários deste Contrato as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

- Sócios;
- Administradores;
- Trabalhadores efetivos;
- Trabalhadores temporários;
- Estagiários e jovens aprendizes;

11.3. Os BENEFICIARIOS indicados pelo CONTRATANTE serão admitidos no plano mediante as seguintes condições:

- a) Preenchimento completo e sem rasuras da Proposta de Admissão;
- b) Preenchimento da Entrevista Qualificada com ou sem orientação médica, a escolha do BENEFICIARIO;
- c) Formalização da opção de Cobertura às Doenças ou lesões pré-existentes declaradas através da escolha entre Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;
- d) Pré-pagamento da taxa de inscrição de acordo com tabela comercial vigente a data da contratação;
- e) Pré-pagamento de mensalidade, cobrada por cada BENEFICIÁRIO em valor correspondente a respectiva faixa

etária e plano escolhido de acordo com a tabela comercial vigente.

- f) Cópia simples da certidão de casamento, nascimento para comprovação de dependentes sendo que no caso de companheiro terá validade declaração de união estável;

11.4. Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos; e
- d) Os tutelados e os menores sob guarda.

11.5. Poderão ser inscritos no plano, ainda, os Beneficiários Dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular com a CONTRATANTE, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

11.6. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

11.7. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

11.8. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

11.9. Caberá ao CONTRATANTE a exibição dos documentos comprobatórios da dependência junto a CONTRATADA, no ato de assinatura da proposta.

11.10. O CONTRATANTE obriga-se a fornecer os documentos, abaixo relacionados, para a comprovação de sua qualificação completa e de seus Beneficiários Titulares e Dependentes:

- a) Guia de Recolhimento do FGTS, quando empregados;
- b) Cópia do Contrato de Trabalho ou cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social dos empregados;
- c) Cópia da Cédula de Identidade e CPF de todos os empregados da CONTRATANTE e dos beneficiários dependentes maiores de 18 anos;
- d) Cópia do contrato/estatuto social e última alteração devidamente registrados no órgão competente; e
- e) Cópia da inscrição da CONTRATANTE no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ.

12. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

12.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

12.2. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

- 12.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- 12.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.
- 12.5. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
- 12.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.
- 12.7. COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:
- 12.7.1. Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:
- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
 - b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
 - c) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

- d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- e) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- f) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - atividades educacionais;
 - consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - atendimento clínico;
 - sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
 - implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.
- g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

12.8. COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

12.8.1. Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na

indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;

- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- c) Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
- d) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- e) O BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- f) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- i) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;

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

12.9. COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

12.9.1. Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

12.9.2. A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro;

- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

12.10. COBERTURA OBSTÉTRICAS.

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

13. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

13.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste plano de assistência, os tratamentos/despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

- a) Tratamento ilícitos ou antiéticos assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) Inseminação artificial;
- d) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- e) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- f) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- g) Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- h) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- i) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- j) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- k) Consultas domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- l) Tratamentos odontológicos, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e as despesas hospitalares necessárias à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista;
- m) Transplantes, à exceção de córnea e rim e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- n) Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação oferecido pela OPERADORA, exceto nos casos de urgência e emergência;
- o) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e
- p) Despesas extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar durante a internação hospitalar, tais como: estacionamento, jornais, televisão, telefone, alimentação, frigobar e similares e acomodação do acompanhante, exceto nos casos previstos em Lei.

14. DURAÇÃO DO CONTRATO

- 14.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo constante na proposta de Contratação, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.
- 14.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento.

15. PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 15.1. As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do beneficiário:
 - a) Atendimento de urgências/emergências - 24 horas
 - b) Partos a Termo - 300 dias
 - c) Demais Casos - 180 dias
- 15.2. Não será exigida carência quando houver 30 (trinta) beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário, desde que estes formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

16. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 16.1. Estão cobertas pelo presente Contrato as doenças e lesões preexistentes, consideradas aquelas que o beneficiário CONTRATANTE ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 16.2. No momento da contratação do plano, ou posteriormente quando da inclusão de novos dependentes, o beneficiário deverá preencher a "Declaração de Saúde", acerca do conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.
- 16.3. A Declaração de Saúde a ser preenchida pelo beneficiário virá acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário.
- 16.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- 16.5. 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.
- 16.6. 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 conseqüências da omissão de informações.
- 16.7. A CONTRATADA poderá quando do início de vigência do contrato ou da adesão posterior do beneficiário no plano, realizar exames ou perícias, com a finalidade de verificar a se algum dos beneficiários seja portador de qualquer doença ou lesão preexistente.

- 16.8. Uma vez realizado exame ou perícia no beneficiário, não será permitida a CONTRATADA a alegação posterior de doença ou lesão preexistente para aquele beneficiário, examinado ou periciado.
- 16.9. 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 ("PAC"), a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.
- 16.10. Cobertura Parcial Temporária ("CPT") é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade ("PAC"), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 16.11. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura CONTRATADA, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- 16.12. Caso a CONTRATADA não ofereça período de cobertura parcial temporário no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
- 16.13. Na hipótese de CPT, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.
- 16.14. 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

- 16.15. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- 16.16. Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação CONTRATADA e prevista na Lei nº 9.656/1998.
- 16.17. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.
- 16.18. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de "Termo de Comunicação ao Beneficiário" e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.
- 16.19. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.
- 16.20. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.
- 16.21. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 16.22. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 16.23. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e

lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

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

16.25. Não haverá CPT ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso no seguro em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

17. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

17.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, assim definidos nos moldes do artigo 35-C da Lei nº 9.656/98:

17.2. Emergência - é o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.

17.3. Urgência - são os eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

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

17.5. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes a cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja à necessidade de internação, por período inferior.

17.6. O atendimento de urgência ou emergência que evoluir para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, estará coberto quando o beneficiário não estiver cumprindo carência (Artigo 3º da Resolução CONSU nº 13/98).

17.7. A CONTRATADA garantirá o atendimento de assistência médica e hospitalar em caráter de urgência e emergência referente ao processo gestacional, limitado as primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência.

17.8. Da Remoção

17.8.1. A OPERADORA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

- I. para outra 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; e
- II. para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como 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 ou lesões preexistentes.

17.9. Da Remoção para o SUS

17.9.1. À OPERADORA caberá 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.

17.9.2. Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus.

17.9.3. A OPERADORA 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.

17.9.4. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a

continuidade do atendimento, ficará a OPERADORA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

17.10. Do Reembolso

17.10.1. Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

17.10.2. As despesas deverão ser apresentadas no prazo de até 12 (doze) meses da data do evento observando o código civil 2002, referente ao prazo de prescrição da lei vigente, sendo que o reembolso das despesas a que alude o presente item, será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à CONTRATADA, pelo beneficiário, da seguinte documentação:

- a) relatório do médico contendo o diagnóstico, tratamento realizado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência e/ou emergência; e
- b) via original da conta discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando Nota Fiscal quitada, facultado à CONTRATADA periciar os prontuários, resguardadas as normas éticas.

17.10.3. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CONTRATADA poderá solicitar ao CONTRATANTE documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado no prazo de até 15 (quinze) dias após a entrega da documentação, o que acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias a partir da entrega da documentação ou da informação solicitada.

17.10.4. O valor do reembolso não excederá o valor em que a CONTRATADA repassaria ao recurso credenciado nas imediações onde ocorreu o atendimento.

17.10.5. A apresentação incompleta dos documentos requeridos na presente cláusula ensejará o indeferimento do reembolso sendo

que a reapresentação dos documentos incidirá em nova contagem de prazo.

17.10.6. Os valores constantes da tabela de reembolso, vigentes a data de início de vigência deste contrato, serão reajustados anualmente, na mesma proporção dos reajustes anuais aplicados às mensalidades. O parâmetro de reembolso utilizado é o mesmo praticado junto aos prestadores de serviços da rede própria ou credenciada.

18. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

18.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas às regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

18.2. A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários inscritos no presente plano, para a garantia da cobertura da assistência ora CONTRATADA, centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios e hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do "Manual de Orientação do Beneficiário", que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais.

18.3. O "Manual de Orientação do Beneficiário" é entregue ao CONTRATANTE no ato da assinatura do contrato.

18.4. A CONTRATADA encaminhará ao CONTRATANTE, por meio de correspondência escrita, as atualizações da rede credenciada CONTRATADA, sempre que necessário.

18.5. Para o acesso a rede de prestadores de serviços constante no "Manual de Orientação do Beneficiário", o(s) beneficiário(s) deverá (ao) apresentar:

- a) Proposta de Admissão nos primeiros 30 (trinta) dias subseqüentes a admissão;
- b) Carteira de Identificação do Plano;

- c) Documento de identificação (Cédula de Identidade, Carteira Profissional, Certidão de Nascimento); e
 - d) Autorização prévia nos casos previstos neste instrumento.
- 18.6. A ausência de um ou mais itens não resultará na impossibilidade de atendimento, sendo que neste caso o prestador de serviço contatará a Central de Atendimento para autorização.
- 18.7. Para a realização dos serviços neste contrato, exceto de atendimentos decorrentes de Urgência e Emergência e Exames Simples será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA.
- 18.8. São entendidos como Exames Simples os exames com valor de até 250 CHs (Coeficiente de Honorários Médicos) vigentes à época da data de sua realização.
- 18.9. Os casos que exigem AUTORIZAÇÃO PRÉVIA para atendimento deverão ser formalizados mediante a Central de Emissão de Guias, constante no "Manual de Orientação do Beneficiário" fornecido pela CONTRATADA, que emitirá resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, no prazo máximo de um dia útil, a partir da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.
- 18.10. Em hipóteses de Urgência e Emergência, poderá o atendimento ser feito sem guia de encaminhamento de autorização prévia, comprometendo-se o(s) beneficiário(s) a providenciá-la(s) e entregá-la(s) ao profissional ou estabelecimento que procedeu ao atendimento, em até 48 (quarenta e oito) horas após a utilização do serviço.
- 18.11. A CONTRATADA se obriga a dar completa assistência e orientação ao CONTRATANTE, para a correta utilização dos serviços contratados, consistente na disponibilização de Central de Atendimento e "Manual de Orientação do Beneficiário", no qual constarão todos os Centros Médicos, ambulatorios, laboratórios, consultórios e hospitais e respectivos profissionais da área da saúde por Rede Própria ou Credenciada à CONTRATADA.
- 18.12. As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços objeto deste Contrato, serão dirimidas por Junta Médica composta de três membros, sendo um nomeado pelo

CONTRATANTE, outro pela CONTRATADA, e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

- 18.13. Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da CONTRATADA.
- 18.14. Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do profissional que nomear, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela CONTRATADA.
- 18.15. A CONTRATADA manterá recursos médico e hospitalares próprios onde o(s) beneficiário(s) será (ao) atendido(s) prioritariamente, sem quaisquer ônus nos casos comprovadamente cobertos.
- 18.16. Complementarmente a CONTRATADA credenciará prestadores de serviços, cuja utilização será facultada ao(s) beneficiário(s), de acordo com o Plano Contratado, sendo que em caso de utilização, o pagamento das despesas cobertas e realizadas será efetuado pela Operadora diretamente à pessoa física ou jurídica prestadora dos serviços.
- 18.17. A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes no mencionado "Manual de Orientação do Beneficiário", sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substitutos de acordo com norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem que isso gere qualquer obrigação de indenização por parte da CONTRATADA.
- 18.18. A CONTRATADA dará ciência, por escrito, das substituições processadas, ao CONTRATANTE e a AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS, nos termos das normativas vigentes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias.
- 18.19. A CONTRATADA poderá, ainda, proceder ao redimensionamento de rede credenciada com absorção dos atendimentos por outros credenciados desde que em consonância às normas vigentes e aprovação da AGENCIA NACIONAL DE

SAUDE SUPLEMENTAR – ANS, sem que isso gere qualquer obrigação de indenização por parte da CONTRATADA ou redução no valor da taxa mensal do plano contratado.

- 18.20. Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do paciente-beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.
- 18.21. Não haverá negativa de autorização para realização de procedimento dentro da rede credenciada exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora. Entretanto, os honorários cobrados de forma particular pelo profissional não integrante da Rede Própria ou Credenciada da CONTRATADA, bem como a diferença entre os honorários cobrados de forma particular pelos demais profissionais da equipe e prestadores que integrem tal rede e os honorários pactuados entre estes e a CONTRATADA, ficarão sob responsabilidade exclusiva do Beneficiário.

19. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 19.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são pré-estabelecidos.
- 19.2. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da CONTRATANTE, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.
- 19.3. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.
- 19.4. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.
- 19.5. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

- 19.6. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subseqüentes.
- 19.7. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.
- 19.8. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).
- 19.9. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.
- 19.10. A CONTRATANTE reconhece que os valores das mensalidades, descritos nas faturas emitidas, é dívida líquida e certa, podendo a CONTRATADA exigi-la judicialmente, quando for o caso.
- 19.11. O pagamento antecipado dos custos mensais não elimina nem reduz os prazos de carência.
- 19.12. O não pagamento das mensalidades implicará em sanções previstas na Lei.
- 19.13. Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279/2011 da ANS, será adotado o critério por faixa etária para os beneficiários que optarem pelo benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, nos termos do quanto disposto nas cláusulas 21.4. e 21.5. do contrato.

20. REAJUSTE

- 20.1. O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste anual se, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) beneficiários.
- 20.2. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.
- 20.3. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.
- 20.4. Tanto para os contratos a serem agrupados na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, quanto para os contrato não agregados na data de sua assinatura ou excluídos do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos abaixo.
- 20.5. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPCA. Este índice será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 01 (um) mês em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.
- 20.6. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, o que inclui os beneficiários ativos e inativos, este será reavaliado.
- 20.7. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.
- 20.8. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S - 1$$

Sm

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

- 20.9. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto acima, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado acima, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.
- 20.10. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido acima, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
- 20.11. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.
- 20.12. Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a carteira de planos exclusivos de ex-empregados (inativos) da operadora é tratada de forma unificada, sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.
- 20.13. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato, bem como com relação à carteira de planos exclusivos de ex-empregados (inativos).
- 20.14. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da migração e adaptação do contrato à Lei nº 9656/98.
- 20.15. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

- 20.16. No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste aplicado, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.
- 20.17. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

21. FAIXAS ETÁRIAS

- 21.1. Independentemente dos reajustes anuais, as mensalidades serão também reajustadas sempre que, no transcurso da vigência deste contrato, ocorrer mudança de faixa etária e no próprio mês do aniversário do beneficiário, de acordo com os valores então vigentes.
- 21.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, bem como a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa, conforme incisos I e II da Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS.
- 21.3. A variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o(s) beneficiário(s) completar(em) a idade limite e, caso esse fato ocorra no último dia do mês, o reajuste somente será aplicado no mês subsequente, de acordo com os valores então vigentes, conforme faixas etárias e percentuais a saber:
- 21.4. Faixas etárias do(s) beneficiário(s) - acréscimo em % nas mudanças de faixas:

Faixa Etária	Mudança de Faixa	Percentual
00 - 18 anos		
19 - 23 anos	Ao completar 19 anos	7,58%
24 - 28 anos	Ao completar 24 anos	23,35%
29 - 33 anos	Ao completar 29 anos	7,10%
34 - 38 anos	Ao completar 34 anos	8,05%
39 - 43 anos	Ao completar 39 anos	2,89%
44 - 48 anos	Ao completar 44 anos	60,04%
49 - 53 anos	Ao completar 49 anos	20,23%
54 - 58 anos	Ao completar 54 anos	28,73%
59 anos ou mais	Ao completar 59 anos	50,53%

21.5. Da mesma forma, as mensalidades dos beneficiários com vínculo inativo junto à CONTRATANTE, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, também serão fixadas em função da sua idade, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, nos termos descritos acima.

21.6. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela acima, que se acrescentarão sobre o valor da última da mensalidade.

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

21.8. Não haverá diferenciação de mensalidade em função da faixa etária para os beneficiários com vínculo ativo junto à CONTRATANTE, que tenham a mensalidade estipuladas por preço único.

22. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

22.1. Das Condições de Permanência no Plano

22.2. Do Demitido Sem Justa Causa

22.2.1. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua

condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/98, observada a Resolução Normativa nº 279, de 2011 da ANS, e suas posteriores alterações).

22.2.2. 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.

22.3. Do Aposentado

22.3.1. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98, observada a Resolução Normativa nº 279, de 2011 da ANS, e suas posteriores alterações).

22.3.2. 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 das contraprestações pecuniárias.

22.4. O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

22.5. Nos planos custeados integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a co-participação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

22.6. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, §

2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

- 22.7. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).
- 22.8. 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 (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011).
- 22.9. Em caso de morte do ex-empregado, demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.
- 22.10. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações).
- 22.11. A condição de beneficiário deixará de existir:
- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011 da ANS, e suas posteriores alterações; ou
 - b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e §1º do artigo 26 e inciso III do

artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
ou

- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

22.12. 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, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011 da ANS, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009 da ANS, e suas posteriores alterações.

22.13. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011 da ANS, e suas posteriores alterações.

22.14. No caso de cancelamento do plano, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da CONTRATADA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A CONTRATADA disponha de um Plano individual ou Familiar;
- b) O Beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;
- c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

22.15. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

23. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

23.1. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

I. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98; e
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

II. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular; e
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

23.2. Caberá tão-somente à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

23.3. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE nas seguintes hipóteses:

- a) fraude; ou
- b) por perda dos vínculos do titular com CONTRATANTE, ou de dependência, desde que previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

24. RESCISÃO/SUSPENSÃO

24.1. O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

24.2. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quincuagésimo) dia da inadimplência;
- c) por inadimplemento contratual por parte da CONTRATADA; e
- d) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

24.3. Antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
- b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor de 50% (cinquenta por cento) das mensalidades restantes para se completar este período.

24.4. Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

24.5. É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. Salvo qualquer disposição em contrário, todas as comunicações entre as partes deverão ser feitas por escrito e enviadas para os endereços indicados na Proposta de Admissão e no "Manual de Orientação do Beneficiário", sendo reputadas como efetuadas na data do seu efetivo recebimento.

- 25.2. Deverão ser comunicadas à CONTRATADA pelo CONTRATANTE, as mudanças de endereço para correspondência e/ou cobrança, imediatamente após a ocorrência do evento.
- 25.3. A CONTRATADA não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros comprometimentos que não sejam deste Contrato, exceto se previamente por ela aprovados por escrito.
- 25.4. São intransferíveis, a qualquer título e sob qualquer fundamento que seja os direitos emanados desta avença.
- 25.5. Fazem parte do presente instrumento contratual, para todos os fins, quaisquer documentos entregues pelo beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde, incluindo, mas não se limitando a: proposta de adesão, declaração de saúde, tabela de reembolso, manual de orientação do beneficiário guia de leitura contratual, etc.

26. ELEIÇÃO DE FORO

- 26.1. Fica eleito o Foro de domicílio da CONTRATANTE, para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.