

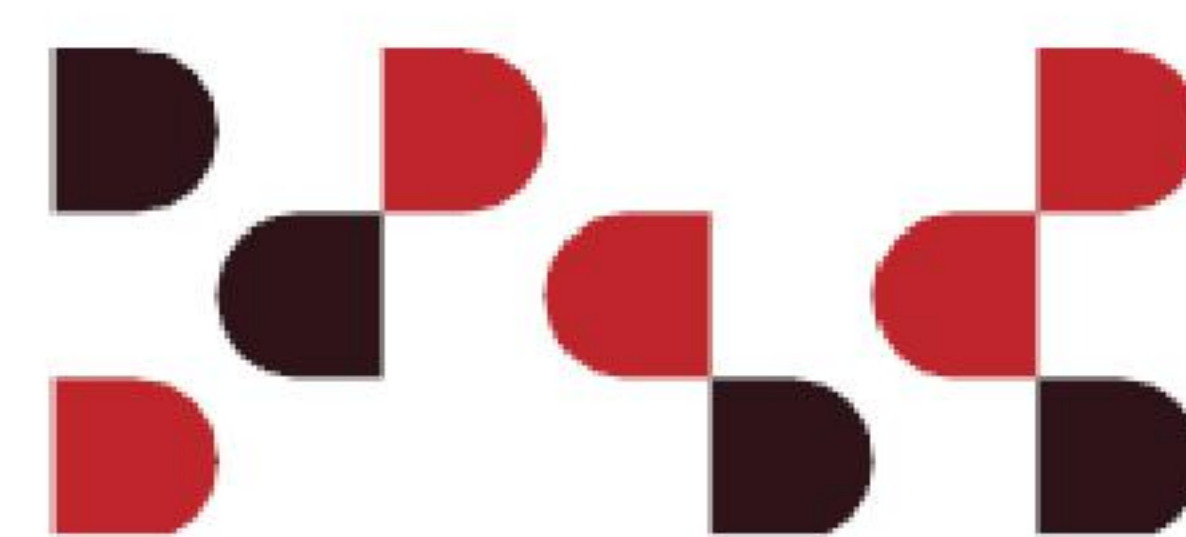


CONTRATO DE COBERTURA CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES COLETIVO EMPRESARIAL - PME

Conceitos:

Os termos abaixo, quando empregados neste contrato, terão os seguintes significados:

- 1 – Área de Atuação do Produto – especificação nominal dos municípios e/ou estados de cobertura e operação do plano, indicados de acordo com a Área Geográfica de Abrangência, nos quais a CONTRATADA está obrigada a garantir as coberturas de assistência à saúde, nos termos deste contrato.
- 2 – Área Geográfica de Abrangência – área em que a CONTRATADA está obrigada a garantir as coberturas contratadas. A área geográfica de abrangência pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.
- 3 – BENEFICIÁRIO – pessoa física, titular ou dependente, vinculada à CONTRATADA por meio de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão.
- 4 – Carência – período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o CONTRATANTE paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária (CPT); esses prazos correm de maneira independente e não podem ser somados.
- 5 – Cobertura – segmentação assistencial do plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde e compreende procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos e atendimento de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e neste contrato.
- 6 – Cobertura Parcial Temporária (CPT) – cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data da contratação ou da adesão ao plano, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, unidade coronariana, unidade intermediária e outros) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente com as doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo BENEFICIÁRIO ou por seu representante legal por ocasião da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo acima, a cobertura passará a ser integral, de acordo com a segmentação assistencial contratada e segundo os limites da Lei nº 9.656/98, do contrato e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- 7 – Coparticipação – mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga diretamente à CONTRATADA, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica CONTRATANTE, em caso de plano coletivo, após a realização do procedimento.
- 8 – Dados Pessoais da CONTRATANTE – significa qualquer dado pessoal que pertença à CONTRATANTE, que a CONTRATADA tenha recebido ou a que tenha tido acesso em conexão com o contrato.
- 9 – Doença ou Lesão Preexistente (DLP) – doença ou lesão da qual o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.





10 – Urgência – assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

11 – Emergência – como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, caracterizados em declaração do médico assistente.

12 – Franquia – mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a CONTRATADA não tem responsabilidade de reembolso nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço.

13 – Inseminação artificial – técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

14 – Legislação de Proteção de Dados – significa qualquer lei sobre privacidade e proteção de dados, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), à qual a CONTRATADA esteja sujeita em conexão com o contrato (incluindo, sem limitação, e a título de exemplo, interpretações, decisões, acordos ou diretrizes de qualquer autoridade governamental).

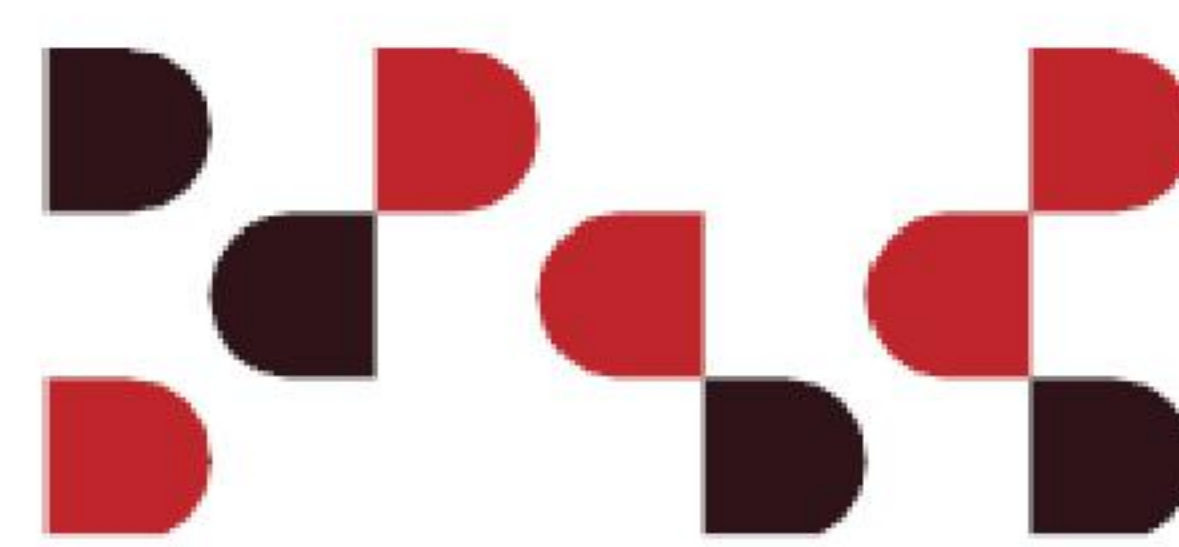
15 – LGPD – significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, assim como suas eventuais alterações, regulamentações ou substituições posteriores.

16 – Violação de Dados Pessoais – significa um incidente de segurança que leve à destruição, perda, alteração, revelação não autorizada ou acesso, acidental ou ilegal, de dados pessoais.

17 – Porta de Entrada dos Serviços – equipe de saúde ou Unidade de Atenção Primária à Saúde – são unidades pertencentes à rede credenciada do plano contratado e compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais de saúde. Essa equipe multidisciplinar não somente poderá realizar avaliação prévia, como também fornece as primeiras orientações aos BENEFICIÁRIOS, realizar consultas médicas e de enfermagem, fazer o planejamento de todo o cuidado médico apropriado, incluindo a programação dos diferentes retornos e o agendamento dos exames e demais cuidados que forem considerados necessários, além de dar ao BENEFICIÁRIO todas as orientações de saúde. Após avaliação técnica, se necessário, a equipe de saúde poderá encaminhar o BENEFICIÁRIO a outros especialistas pertencentes à rede credenciada ou poderá fazer solicitação de exames e de procedimentos complementares.

18 – Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA) – programas que têm o objetivo de estimular a criação de uma relação sólida entre os BENEFICIÁRIOS e sua respectiva equipe de saúde, de maneira a formar entre eles um vínculo de suporte e confiança. Nesse sentido, a CONTRATADA disponibiliza aos BENEFICIÁRIOS as unidades de atendimento que funcionam como porta de entrada dos serviços, denominadas “Unidades de Atenção Primária à Saúde”.

19 – Reajuste – qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro na carteira em função da variação dos custos médico-hospitalares ocorrida no período de um ano ou decorrente do deslocamento do BENEFICIÁRIO de uma faixa etária para outra.





20 – Rede Credenciada – conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela CONTRATADA para oferecer cuidado aos BENEFICIÁRIOS em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A lista de todos os prestadores – médicos, clínicas, laboratórios e hospitais – com os serviços de especialidades e de acordo com o plano estará disponível no endereço eletrônico da CONTRATADA.

21 – Ressarcimento – restituição das despesas assistenciais realizadas pelo BENEFICIÁRIO ao prestador de serviços não credenciado em razão de atendimento de urgência ou emergência comprovada quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.

22 – Rol – refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época da contratação e suas atualizações, bem como às suas Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização. Para fins deste contrato, o rol compreende a cobertura mínima que deve ser garantida pela CONTRATADA, de acordo com a segmentação do plano. A responsabilidade pela atualização do rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a lista completa de procedimentos contemplados por ele está disponível no site: www.ans.gov.br.

23 – Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais – são experimentais aqueles assim considerados pelo Conselho Federal de Medicina: os tratamentos que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país e aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

DADOS GERAIS DO CONTRATO

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE

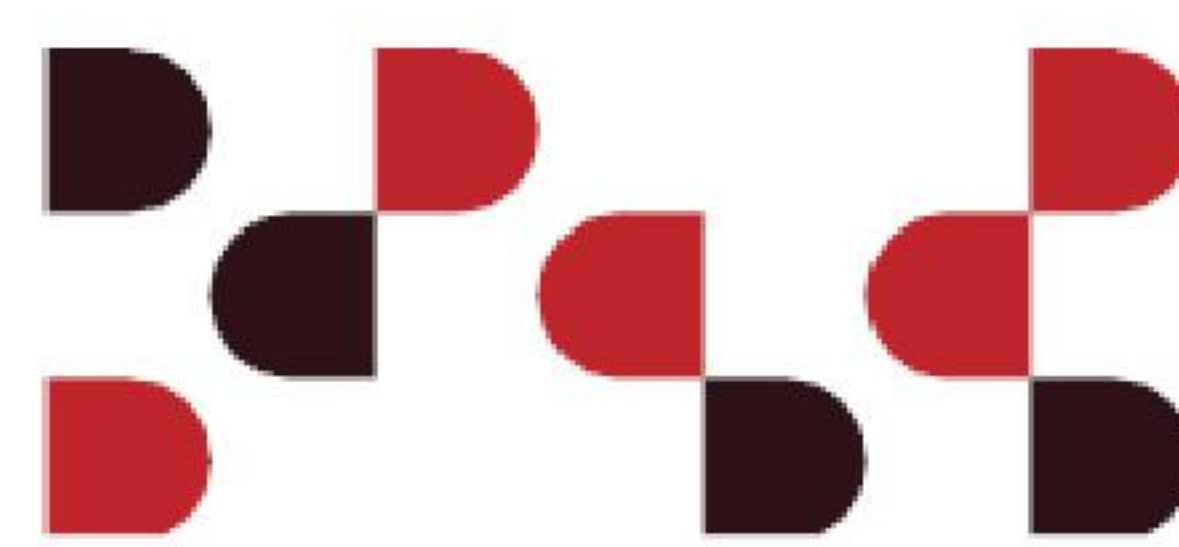
1.1 – A SAÚDE BRASIL ASSISTENCIA MÉDICA LTDA., empresa classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 42115-4, doravante denominada CONTRATADA, encontra-se qualificada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

1.2 – A CONTRATANTE é a pessoa jurídica identificada e qualificada na Proposta Contratual e que mantém, na qualidade de BENEFICIÁRIO, a população que com ela possui vínculo empregatício ou estatutário.

II. OBJETO DO CONTRATO

1.3 – O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos e de despesas médicas e hospitalares realizadas por conta e ordem do BENEFICIÁRIO exclusivamente na rede credenciada, desde que nos limites da cobertura previstos neste instrumento e no rol.

1.3.1 – Os planos que estiverem indicados na Proposta Contratual como sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA) também terão por objeto seguir as diretrizes do programa, nos termos da cláusula “Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações de Saúde”.





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

1.4 – O nome comercial e o número de registro do plano perante a ANS encontram-se descritos na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

1.4.1 – A escolha do plano será feita, exclusivamente, com base naqueles comercializados na região de atuação correspondente ao endereço da CONTRATANTE, conforme indicado na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

1.5 – O tipo de contratação deste plano é coletivo empresarial, com oferta de cobertura de assistência médica e hospitalar aos BENEFICIÁRIOS definida nos termos da cláusula que trata das condições de admissibilidade e elegibilidade.

V. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO

1.6 – A segmentação assistencial do plano é aquela indicada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

1.7 – As coberturas previstas neste contrato e em seus eventuais anexos serão prestadas na área geográfica especificada para o plano, conforme indicado na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

VII. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

1.8 – A área de atuação do plano é aquela indicada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

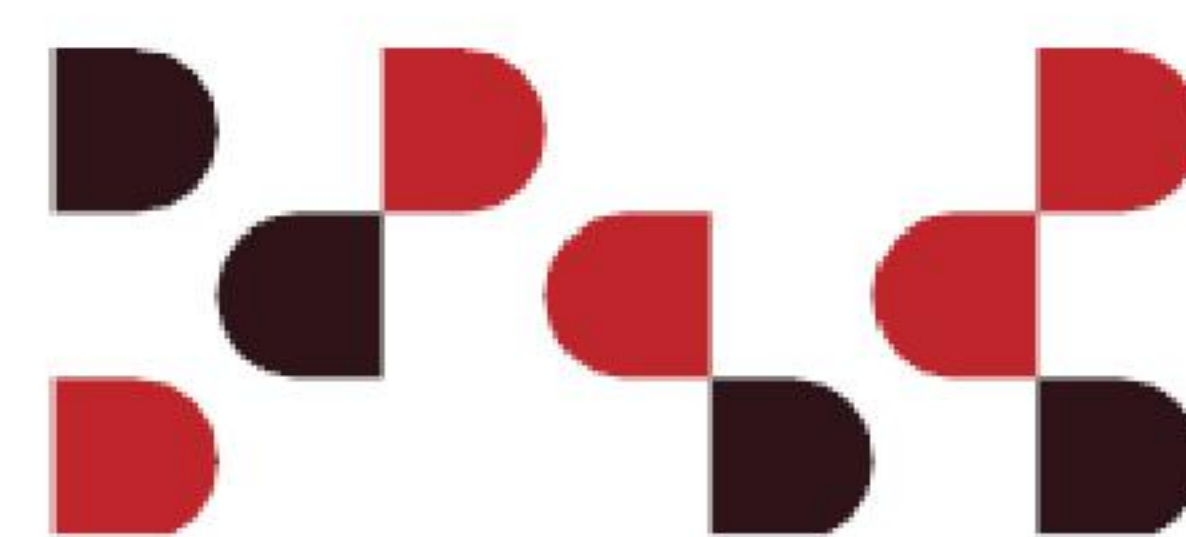
VIII. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

1.9 – Em caso de internação hospitalar, o BENEFICIÁRIO terá direito à cobertura com acomodação em quarto coletivo (enfermaria) ou privativo (quarto ou apartamento), conforme descrito na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato.

1.9.1 – Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pelo plano, será garantido ao BENEFICIÁRIO acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

1.9.2 – O BENEFICIÁRIO que optar por internação hospitalar em acomodação superior à de seu plano, ressalvada a hipótese prevista no item anterior, ficará direta e unicamente responsável pelas despesas complementares relativas aos serviços médicos e hospitalares (diferença de padrão de acomodação e honorários médicos).

1.9.3 – As despesas a que faz referência o item anterior será pago pelo BENEFICIÁRIO diretamente ao prestador de serviço/hospital e/ou à equipe médica assistente.





IX. FORMAÇÃO DE PREÇO DO CONTRATO

1.10 – A formação de preço do plano é aquela indicada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste contrato, e suas regras estão indicadas na cláusula “Formação de Preço e Contraprestação”.

X. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

1.11 – Os serviços e as coberturas contratuais estão previstos em cláusula própria – “Coberturas e Procedimentos Garantidos” –, ao passo que os serviços e as coberturas adicionais, quando contratados, estarão descritos em anexo específico.

ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1 – O presente contrato estabelece a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/98, e visa à assistência médica e hospitalar, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e do rol. Os serviços serão prestados aos BENEFICIÁRIOS por terceiros, de acordo com a área geográfica de abrangência, a rede credenciada do plano contratado, os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e as demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

2.2 – Este contrato tem a natureza de contrato aleatório, de adesão e bilateral, gerando, portanto, direitos e obrigações para ambas as partes, nas formas previstas no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656/98. Desse modo, o BENEFICIÁRIO tem ciência de que a CONTRATADA não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar do rol, deste contrato ou de seus eventuais anexos.

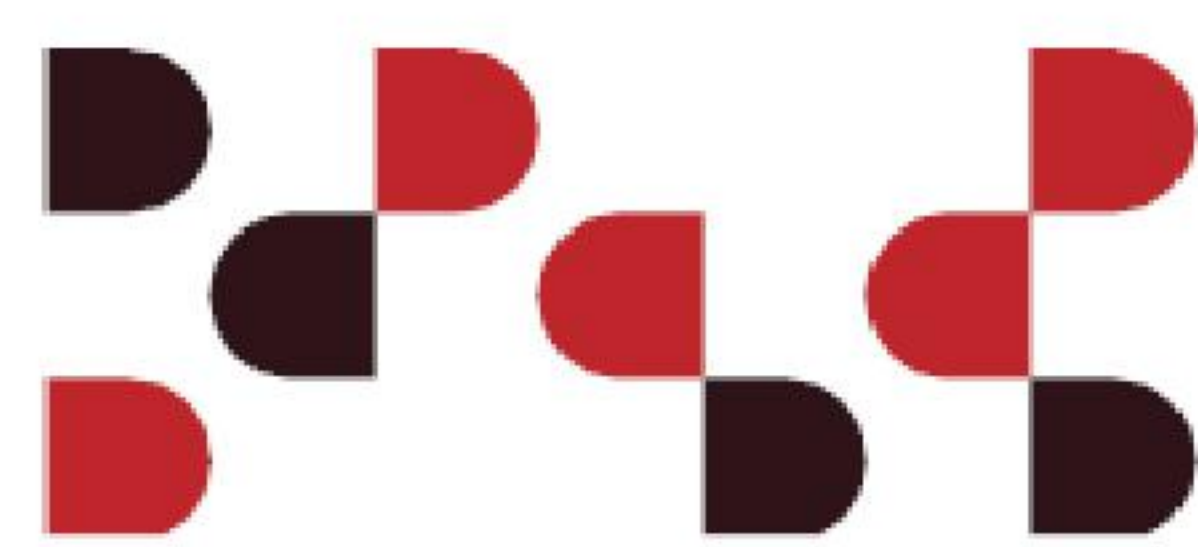
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 – Na data de início da vigência deste contrato, a CONTRATANTE deverá incluir, no mínimo, 2 (dois) e, no máximo, 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS, entre titulares e dependentes, sendo essa quantidade mínima e máxima condição para início e manutenção do contrato.

3.1.1 – Caso a CONTRATANTE realize a opção pela contratação de planos pertencentes a outras linhas de produtos oferecidas pela CONTRATADA, a contabilização do número de BENEFICIÁRIOS poderá ser realizada conjuntamente, considerando o número total de BENEFICIÁRIOS incluídos em todos os planos contratados.

3.2 – Poderão ser admitidas como BENEFICIÁRIO Titular as pessoas físicas que mantenham, com a CONTRATANTE, relação empregatícia ou estatutária devidamente comprovada, podendo tal vínculo abranger:

- (i) os sócios da CONTRATANTE;
- (ii) os administradores da CONTRATANTE;
- (iii) os demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à CONTRATANTE, ressalvado o disposto nos caputs dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;





- (iv) os agentes políticos;
- (v) os trabalhadores temporários;
- (vi) os estagiários e os menores aprendizes.

3.3 – Poderão ser admitidas como BENEFICIÁRIO Dependente as seguintes pessoas físicas que possuam comprovado grau de parentesco em relação ao BENEFICIÁRIO Titular:

- (i) esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante a apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;
- (ii) filhos(as) solteiros(as) naturais ou adotivos(as) do BENEFICIÁRIO Titular, enteados(as), pessoas de quem o BENEFICIÁRIO Titular possua a guarda provisória ou definitiva e os(as) tutelados(as) pelo BENEFICIÁRIO Titular, na forma da lei, desde que possuam até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- (iii) filhos inválidos do BENEFICIÁRIO Titular, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil.

3.3.1 – Em caso de pedido feito pelo BENEFICIÁRIO Titular para a inclusão de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO Titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, respectivamente, devendo o BENEFICIÁRIO apresentar a respectiva documentação comprobatória do BENEFICIÁRIO Dependente.

3.3.2 – Caso o pedido de inclusão mencionado no item anterior seja feito pelo BENEFICIÁRIO Titular após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a inclusão do BENEFICIÁRIO Dependente ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos neste contrato, conforme disposição prevista na cláusula própria – “Carências”.

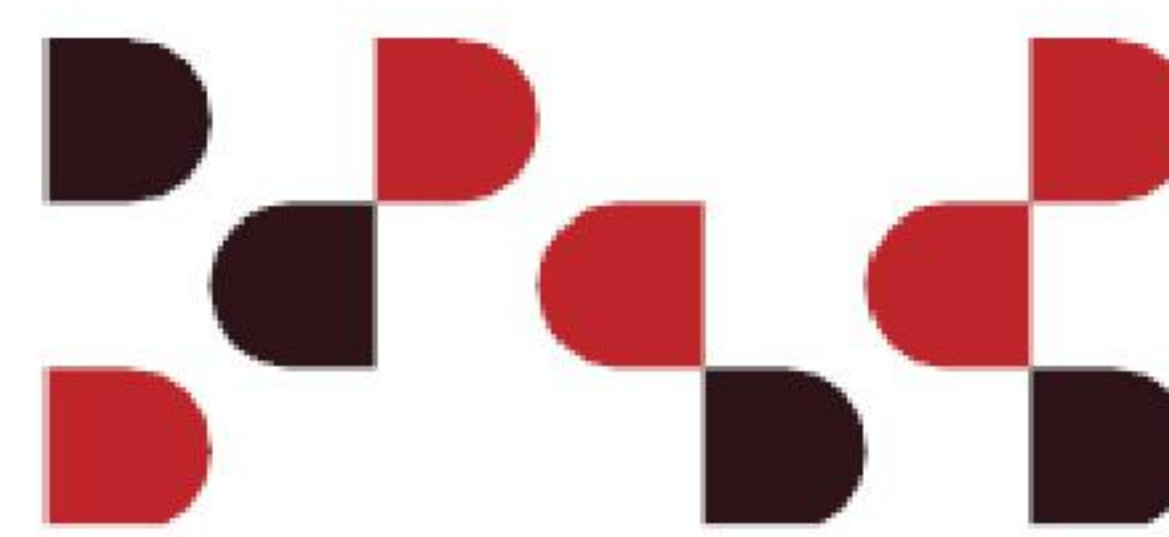
3.3.3 – A(s) CONTRATANTE(S) responsabilizar-se-á(ão) por enviar à CONTRATADA pedido de exclusão de filhos(as) que deixem de preencher ao parâmetro etário ou de estado civil estabelecido nesta cláusula.

3.4 – São considerados BENEFICIÁRIOS deste contrato todos aqueles que:

- (i) sejam comprovadamente elegíveis nos termos dos itens anteriores;
- (ii) tenham sido expressamente nomeados pela CONTRATANTE e cadastrados pela CONTRATADA, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato;
- (iii) tenham sido habilitados como tal pela CONTRATANTE no momento da implantação do contrato ou venham a ser incluídos posteriormente pela CONTRATADA.

3.4.1 – Nenhuma indicação de BENEFICIÁRIO Dependente terá valor se não tiver sido feita mediante declaração escrita do BENEFICIÁRIO Titular, enviada à CONTRATANTE e ratificada pela CONTRATADA, na forma prevista na seção “Movimentação Cadastral”.

3.4.2 – Sem prejuízo das declarações feitas pela CONTRATANTE e/ou pelos BENEFICIÁRIOS, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a CONTRATADA poderá exigir, a qualquer tempo: (i) documentos constitutivos da pessoa jurídica CONTRATANTE; (ii) documentos que comprovem o vínculo entre o BENEFICIÁRIO Titular e a CONTRATANTE (comprovantes de vínculo empregatício, estatutário ou qualquer documento que demonstre a existência de um dos vínculos indicados no item 3.2 deste contrato, como carteira profissional e/ou CAGED ou cadastro de inscrição no FGTS); ou ainda (iii) documentos que comprovem o grau de parentesco e/ou a relação





de dependência entre o BENEFICIÁRIO Titular e seus dependentes, como certidão de nascimento ou sentença de adoção, entre outros, cabendo à CONTRATANTE, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à CONTRATADA os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do BENEFICIÁRIO cuja elegibilidade não tiver sido comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

3.5 – Com relação aos BENEFICIÁRIOS, vigoram, ainda, as seguintes disposições:

3.5.1 – Quando referidos em conjunto, tanto os BENEFICIÁRIOS Titulares quanto os BENEFICIÁRIOS Dependentes serão denominados simplesmente BENEFICIÁRIOS.

3.5.2 – A admissão do BENEFICIÁRIO Dependente necessita da participação do BENEFICIÁRIO Titular no plano.

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

3.6 – As inclusões ou exclusões cadastrais de BENEFICIÁRIOS obedecerão ao previsto neste contrato quanto a regras, critérios e condições de elegibilidade. Quanto aos prazos, deverão ser obedecidas, pela CONTRATANTE e por seus BENEFICIÁRIOS, as seguintes regras:

3.6.1 – Quando do cadastramento dos BENEFICIÁRIOS, a CONTRATANTE deverá indicar: (i) os nomes e a classificação destes como titulares ou dependentes; (ii) a data de nascimento; e (iii) tratando-se de BENEFICIÁRIO Dependente, o grau de parentesco deste para com o BENEFICIÁRIO Titular.

3.6.2 – As inclusões e exclusões cadastrais deverão ser informadas pela CONTRATANTE à CONTRATADA no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da demissão/admissão ou da solicitação de inclusão/exclusão de BENEFICIÁRIO Dependente feita pelo BENEFICIÁRIO Titular, decorrentes de casamento, constituição de união estável, nascimento, adoção ou óbito.

3.6.3 – Não serão permitidas inclusões de BENEFICIÁRIOS que não tiverem comprovado o vínculo com a CONTRATANTE, que é responsável pela verificação das condições de admissibilidade do BENEFICIÁRIO e pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a CONTRATADA não poderá proceder à movimentação cadastral.

3.6.4 – Caso a CONTRATANTE não observe o dever de apurar o preenchimento, pelo BENEFICIÁRIO, das condições de admissibilidade, a CONTRATADA reserva-se o direito de, a qualquer tempo, excluir esse BENEFICIÁRIO do plano, sem prejuízo: (i) da responsabilização da CONTRATANTE pelas perdas e danos decorrentes dessa inclusão indevida; (ii) da aplicação das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis; e (iii) do dever da CONTRATANTE de ressarcir a CONTRATADA pelas despesas decorrentes do descumprimento dessa obrigação e de eventuais utilizações por parte do BENEFICIÁRIO.

3.6.5 – As exclusões cadastrais poderão ser requeridas pela CONTRATANTE ou pelo próprio BENEFICIÁRIO, nas hipóteses estabelecidas na cláusula que trata das condições da perda da qualidade de BENEFICIÁRIO. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por BENEFICIÁRIO excluído do contrato é da CONTRATANTE, ficando a CONTRATADA autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos gerados por essa utilização.

3.6.6 – No caso de inclusão ou exclusão de novos BENEFICIÁRIOS, titulares ou dependentes, a cobrança referente a essa inclusão será realizada no sistema sob a forma *pro rata* e será cobrado, na fatura subsequente, um valor proporcional aos dias de cobertura do mês da inclusão/exclusão.





3.7 – Para fins de movimentação cadastral eletrônica, a CONTRATADA disponibilizará à CONTRATANTE senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio da CONTRATADA, ficando o usuário vinculado à referida senha responsável por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

3.7.1 – A movimentação cadastral poderá, ainda, ser feita mediante envio de documentação relativa a BENEFICIÁRIO por portador indicado pela CONTRATANTE, ficando esta responsável pela informação e pela entrega do respectivo comprovante, em papel, arquivo, e-mail ou qualquer outro meio que demonstre a veracidade da solicitação.

3.8 – À CONTRATADA será concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta de adesão ou da solicitação de inclusão de BENEFICIÁRIOS enviada pela CONTRATANTE, para avaliar o pedido (proposta/solicitação de inclusão). Será considerada como data da inclusão aquela indicada na proposta/solicitação de inclusão feita pelo BENEFICIÁRIO.

3.9 – A CONTRATADA fornecerá aos BENEFICIÁRIOS incluídos no contrato identificação específica, ainda que por meio exclusivamente digital, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no plano. Assegura-se à CONTRATADA a faculdade de cobrar pela segunda via dessa identificação específica, a seu exclusivo critério.

3.10 – No caso de extinção automática do contrato ou no caso de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 – A cobertura será assegurada independentemente do local de origem do evento e se dará nos limites e de acordo com as características do plano contratado, conforme indicado na proposta contratual, observando-se, entre outros, a área de abrangência e as disposições previstas no rol e no presente instrumento.

4.1.1 – Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.

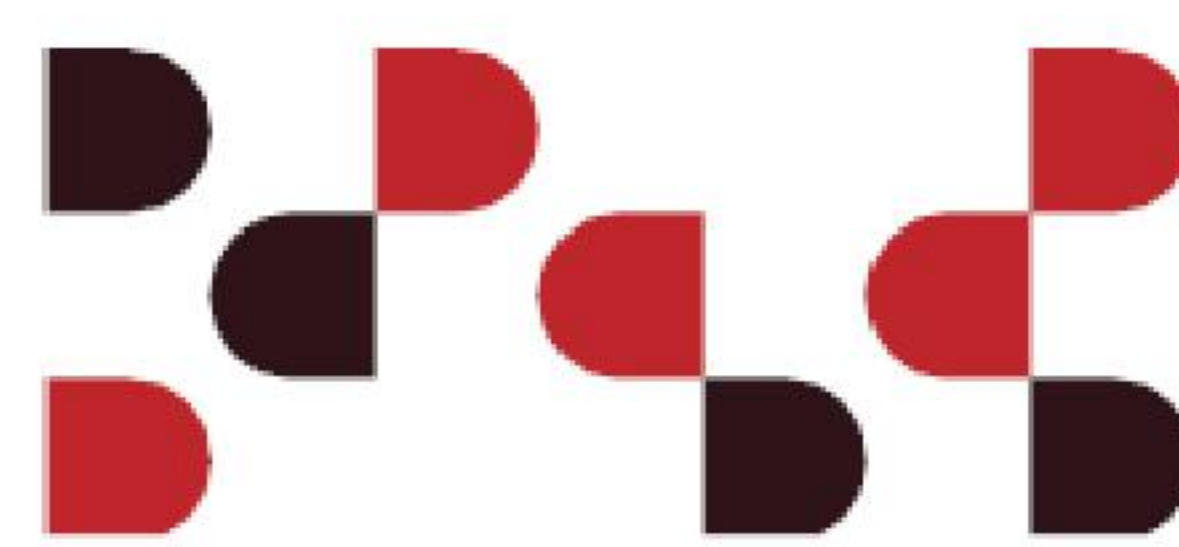
4.1.2 – As coberturas e/ou serviços adicionais, quando contratados, estarão incluídas no Anexo – Coberturas Adicionais, que, mencionado na Proposta Contratual, fará parte integrante do presente contrato.

I. Procedimentos cobertos em regime ambulatorial

4.2 – Este contrato contempla a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e na legislação vigente.

4.3 – Estão compreendidos neste contrato, limitados às coberturas do rol vigente, os seguintes procedimentos considerados especiais:

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





4.3.2 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e os demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

4.3.3 – Cobertura de medicamentos registrados/regularizados pela Anvisa utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no rol, respeitada a causa de exclusão contratual nos termos da cláusula “Exclusões Contratuais”.

4.3.4 – Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no rol, conforme indicação do médico assistente.

4.3.5 – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

4.3.6 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

4.3.7 – Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no rol, para segmentação ambulatorial.

4.3.8 – Cobertura de atendimento caracterizado como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.

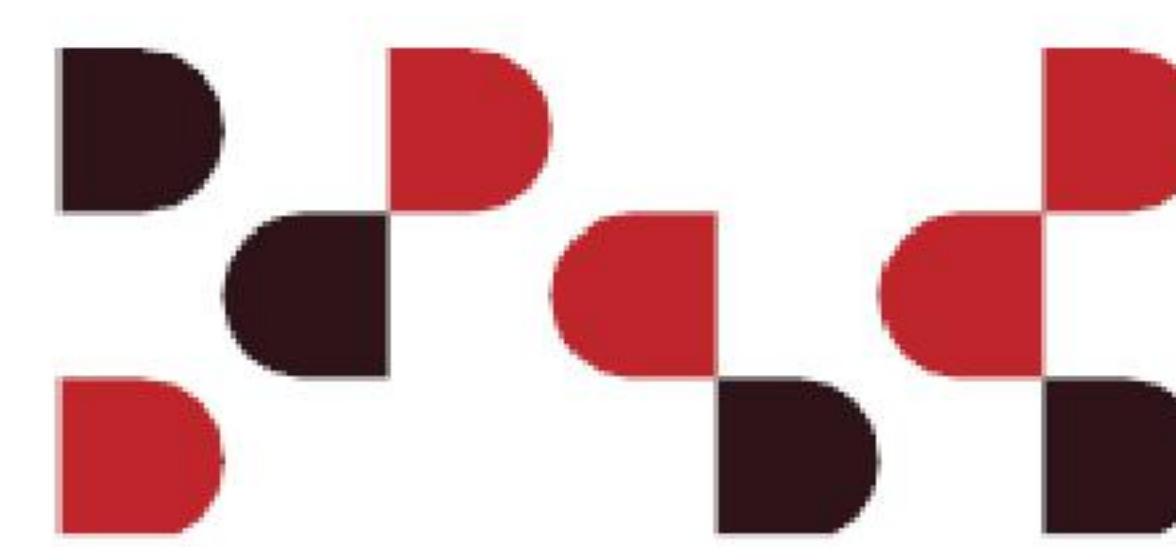
4.3.9 – Cobertura de remoção, depois de realizado o atendimento classificado como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

4.3.10 – Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).

4.3.11 – Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo os medicamentos para o controle dos efeitos adversos relacionados com o tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

4.3.12 – Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados com o tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, ressalvada a exclusão contida na cláusula “Exclusões Contratuais” para tratamentos experimentais e observando-se, preferencialmente, as seguintes características:

(i) medicamento genérico – medicamento similar a um produto de referência ou inovador que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e (ii) medicamento fracionado – aquele fornecido em quantidade distinta da embalagem original,





conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

4.3.13 – Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no rol para a segmentação ambulatorial.

4.3.14 – Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidades de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do rol.

4.3.15 – Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

4.3.16 – Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no rol.

II. Serviços complementares de diagnóstico e tratamento

4.4 – Estão contemplados por este contrato, limitados ao plano contratado, às disposições deste instrumento e às hipóteses previstas no rol vigente, os serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que não se caracterize como internação, observando-se:

4.4.1 – Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecidos no rol e conforme indicação do médico assistente.

4.4.2 – Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no rol, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

4.4.3 – Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

4.4.4 – Cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidades de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial.

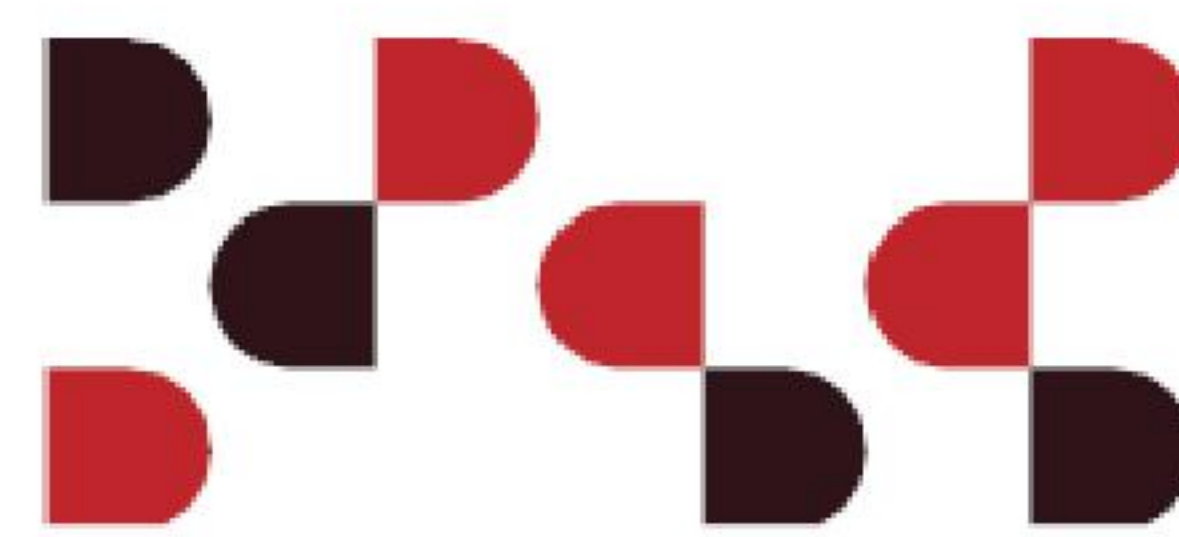
III. Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar

4.5 – Está contemplada por este contrato, limitada ao plano contratado, às disposições deste instrumento e ao rol e desde que solicitada pelo médico assistente, a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

4.5.1 – Internações hospitalares, conforme o padrão de acomodação contratado e sem limites de prazo, valor e quantidade, desde que devidamente justificadas, por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluídos nos planos cuja segmentação assistencial contemple a obstetrícia, os procedimentos obstétricos e os de alta complexidade relacionados no rol.

4.5.2 – Internações hospitalares em centros de terapia intensiva ou similares, sem limite de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica.

4.5.3 – Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no rol 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 os demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

4.5.4 – Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em ambiente ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

4.5.5 – Cobertura, limitada exclusivamente às coberturas do rol, dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- (i) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- (ii) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no rol, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- (iii) procedimentos radioterápicos previstos no rol para ambas as segmentações, ambulatorial e hospitalar;
- (iv) hemoterapia;
- (v) nutrição parenteral ou enteral;
- (vi) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol;
- (vii) embolizações listadas no rol;
- (viii) radiologia intervencionista;
- (ix) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- (x) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol;
- (xi) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no rol, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

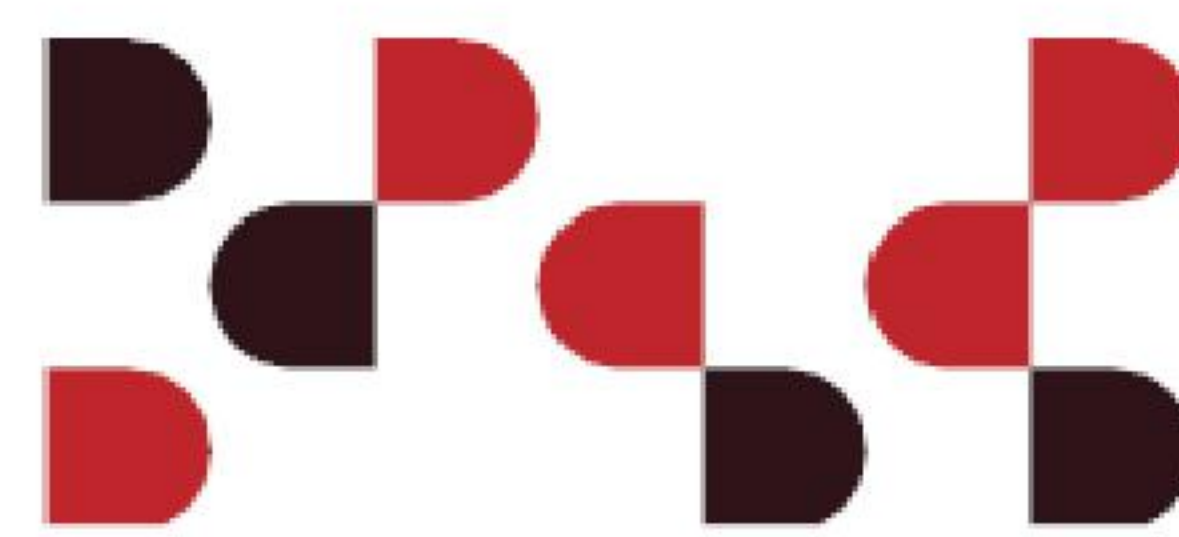
4.5.6 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela CONTRATADA, nos termos da Resolução Normativa nº 259/11, ou da norma que eventualmente a substitua.

4.5.7 – A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada com o procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo os materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pela Anvisa).

4.5.8 – Salvo disposto de modo diverso no Anexo – Coberturas Adicionais quando este tiver sido contratado, a CONTRATADA garante a cobertura das despesas relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- (i) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- (ii) idosos a partir de 60 (sessenta) anos;
- (iii) pessoas portadoras de deficiência;
- (iv) pré-parto, parto e pós-parto imediato.

4.5.8.1 – Compreendem-se como despesas de acompanhante aquelas relativas à mesma acomodação dispensada ao paciente e à alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar do estabelecimento onde se encontra o paciente.





4.5.8.2 – A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h (quarenta e oito horas), podendo estender-se por até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

4.5.9 – Cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica constantes do rol, o 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.

4.5.10 – Cobertura dos custos de honorários médicos, por meio da utilização de rede credenciada, de acordo com os termos e as condições do contrato.

4.5.11 – Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.

4.5.12 – Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

4.5.13 – Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar, limitado aos recursos do estabelecimento.

4.5.14 – Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, apesar de terem sido utilizados todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

4.5.15 – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja em lesão decorrente de enfermidade, seja em traumatismo ou anomalia congênita.

4.5.16 – Próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), serão cobertas exclusivamente quando utilizados e necessários à realização o ato cirúrgico objeto de cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula “Mecanismos de Regulação”.

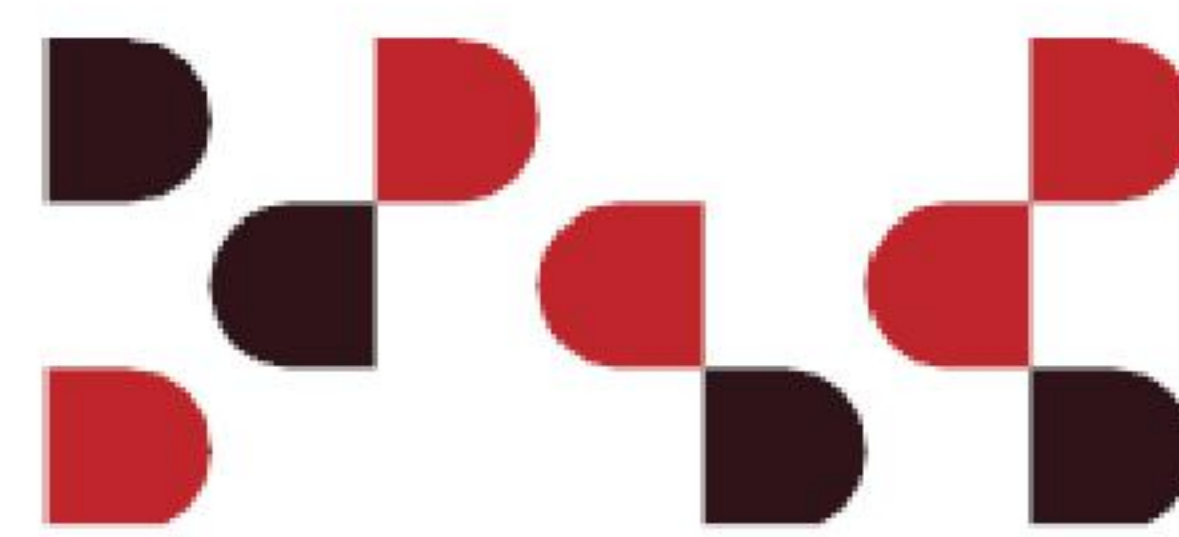
4.5.17 – A cobertura dos custos dos transplantes previstos no rol, bem como das despesas relativas aos procedimentos a eles vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica divulgada pela CONTRATADA para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá cobertura para transplante não previsto no Rol ou realizado fora da rede credenciada específica.

4.5.17.1 – Nos casos em que tiver sido contratada, pela CONTRATANTE, cobertura para determinados tipos de transplante, estes estarão descritos e suas regras estarão dispostas no Anexo – Coberturas Adicionais, que, quando indicado na Proposta Contratual, fará parte integrante do presente contrato.

4.5.17.2 – A cobertura de transplantes listados no rol e dos procedimentos a eles vinculados inclui: (i) as despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante; (ii) os medicamentos utilizados durante a internação; (iii) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (as primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e 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) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

4.5.17.3 – Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.

4.5.17.4 – Os BENEFICIÁRIOS candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão estar, obrigatoriamente, inscritos em uma das





Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

4.5.18 – Cobertura para a remoção do BENEFICIÁRIO, realizada por serviços credenciados e por meio de ambulância terrestre, DE HOSPITAL PARA OUTRO HOSPITAL, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, desde que comprovadamente necessária para fins médicos e após prévia autorização da CONTRATADA. Não haverá cobertura para remoção de residência ou local de trabalho para hospital tampouco do hospital para residência e/ou local de trabalho.

4.5.19 – As internações sob o regime de hospital-dia ou de curta permanência dar-se-ão de acordo com a solicitação do médico assistente.

IV. Procedimentos cobertos em regime de internação hospitalar com obstetrícia 4.6 – No plano com segmentação assistencial Referência, Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia ou Hospitalar com Obstetrícia, a BENEFICIÁRIA terá direito à cobertura da assistência obstétrica nos limites do plano escolhido, observando se, entre outros, a área de atuação, a área geográfica de abrangência do plano e as hipóteses previstas no rol para o plano hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, às intercorrências da gravidez, ao parto e ao puerpério, desde que solicitados pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela CONTRATADA, e respeitando as carências estabelecidas neste instrumento.

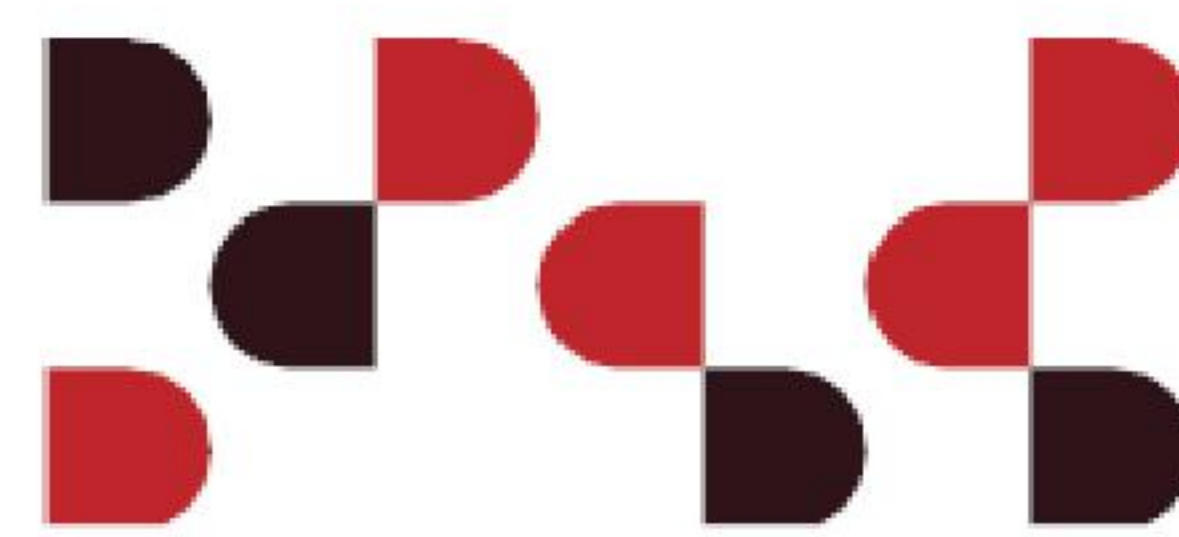
4.7 – Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO Titular, bem como àquele de quem o BENEFICIÁRIO Titular detenha a guarda provisória ou definitiva, a cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, de acordo com os termos do contrato.

4.8 – Assegura-se ao recém-nascido, filho natural ou adotivo exclusivamente do BENEFICIÁRIO Titular, bem como àquele de quem o BENEFICIÁRIO Titular detenha a guarda provisória ou definitiva, sua inclusão como BENEFICIÁRIO Dependente no mesmo plano do BENEFICIÁRIO Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do nascimento, da adoção ou do termo de guarda provisória ou definitiva.

4.8.1 – Caso: (i) o recém-nascido ou aquele de quem o BENEFICIÁRIO Titular detenha a guarda provisória ou definitiva seja inscrito como BENEFICIÁRIO Dependente do BENEFICIÁRIO Titular no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto; e (ii) o BENEFICIÁRIO Titular, seja ele pai, mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carência para a cobertura assistencial.

4.8.2 – Caso: (i) o recém-nascido ou aquele de quem o BENEFICIÁRIO Titular detenha a guarda provisória ou definitiva seja inscrito como BENEFICIÁRIO Dependente do BENEFICIÁRIO Titular no prazo de até 30 (trinta) dias após o parto; mas (ii) o BENEFICIÁRIO Titular, seja ele pai, mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial será prestada ao recém-nascido, seguindo-se os limites da carência já cumprida pelo BENEFICIÁRIO Titular.

4.8.3 – Não caberá nenhuma alegação de doença ou lesão preexistente quando a inscrição do recém-nascido como BENEFICIÁRIO Dependente tiver ocorrido no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, guarda provisória ou definitiva. Na hipótese de inscrição após os 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção ou da guarda, provisória ou definitiva, caberá arguição de doença ou lesão preexistente, bem como autoriza-se à CONTRATADA a imposição de Cobertura Parcial Temporária. 4.9 – A continuidade da cobertura para atendimento após o 30º (trigésimo) dia somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no mesmo plano do BENEFICIÁRIO Titular





ou, sendo o recém-nascido filho de BENEFICIÁRIO Dependente, tiver sido incluído em um plano pessoa física, respeitando-se as condições comerciais vigentes à época dessa contratação.

V. Do tratamento dos transtornos psiquiátricos

4.10 – Estão cobertos pelo presente contrato, nos limites do plano escolhido e observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, a área de atuação do plano, a área geográfica de abrangência indicada na Proposta Contratual, além das hipóteses contempladas no rol, os tratamentos em regime ambulatorial e de internação hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

4.11 – A atenção prestada aos portadores de transtornos psiquiátricos deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultório, sendo a internação psiquiátrica utilizada apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Em regime ambulatorial estão cobertos:

4.12 – Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos ao BENEFICIÁRIO ou a terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou o risco de danos morais e patrimoniais comprovados.

4.13 – Atendimento à psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitado ao número de sessões previstas no rol por ano contratual, não cumulativas.

4.13.1 – Considera-se, para a situação anteriormente descrita, a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente, em consonância com as diretrizes de utilização de acordo com o rol vigente à época do fato.

4.14 – Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Em regime hospitalar estão cobertas:

4.15 – As internações em hospital-dia para transtornos psiquiátricos que se realizarem nos limites estabelecidos pelo contrato e pelo rol, sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

4.15.1 – O custeio dos 30 (trinta) primeiros dias de internação, contínuos ou não, por ano de vigência do contrato, em hospital psiquiátrico, em unidade ou enfermaria, em hospital geral para internação psiquiátrica, será realizado nos mesmos moldes das demais internações, sendo aplicável a coparticipação após esse período, caso o plano preveja essa modalidade.

4.15.2 – Após o 30º (trigésimo) dia, caberá à CONTRATANTE realizar o pagamento de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre as despesas médico-hospitalares, conforme regulamentação vigente.

4.16 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão cobertos, nos limites do rol e sem prejuízo das hipóteses de exclusão de cobertura.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 – Este contrato NÃO PREVÊ a cobertura dos custos para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, dentre os quais os seguintes:





5.1.1 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido na seção “Conceitos” deste contrato.

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

5.1.3 – Inseminação artificial, conforme definido na seção “Conceitos” deste contrato.

5.1.4 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos clínicos e cirúrgicos para emagrecimento com finalidade estética, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, SPA, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar.

5.1.5 – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa (não nacionalizados).

5.1.6 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório), assim entendidos aqueles que não requerem administração assistida nem necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios, urgência e emergência médica).

5.1.7 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como de medicamentos, próteses e órteses não nacionalizados ou não reconhecidos pela Anvisa.

5.1.8 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

5.1.9 – Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

5.1.10 – Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar.

5.1.11 – Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pela Anvisa, bem como os demais medicamentos ministrados em regime domiciliar, de acordo com o artigo 10, VI, da Lei nº 9.656/98, salvo se tais medicamentos se referirem a tratamento antineoplásico ou para controle de efeitos adversos ou adjuvantes.

5.1.12 – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (Conitec).

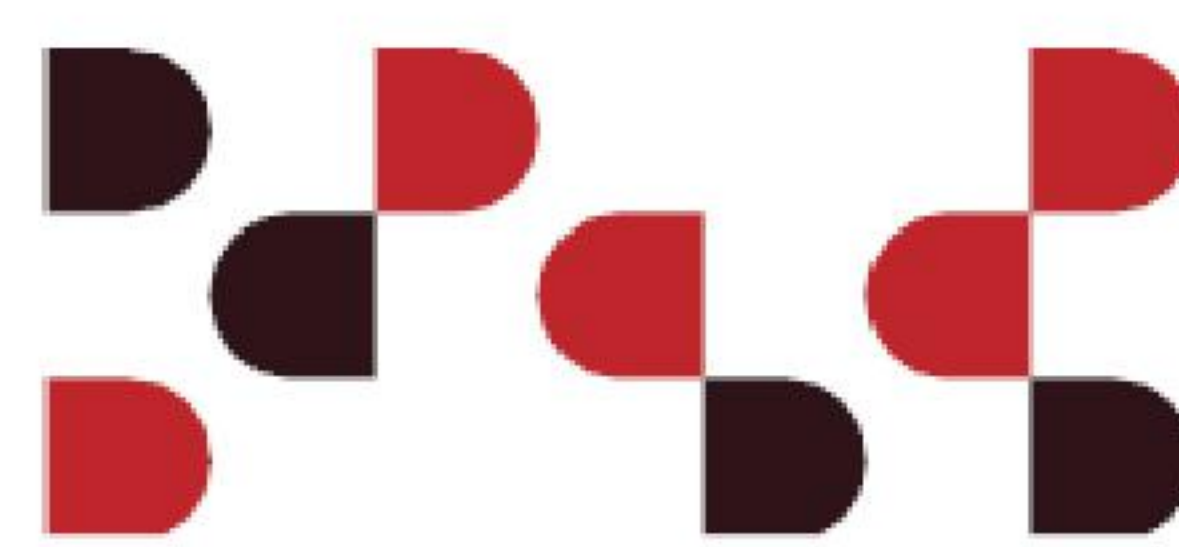
5.1.13 – Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5.1.14 – Consultas, aluguel de equipamentos, aluguel de aparelhos e tudo que for relacionado com a assistência médica domiciliar.

5.1.15 – Cobertura de cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) para pacientes, exceto se preenchidas as condições previstas no rol vigente à época do evento.

5.1.16 – Procedimentos odontológicos, salvo os previstos no rol vigente à época do evento.

5.1.17 – Remoção por via aérea, exceto quando esse serviço tiver sido contratado por meio de anexo específico.





5.1.18 – Transplantes, exceto os listados no rol vigente à data do evento ou previstos no Anexo – Coberturas Adicionais eventualmente assinado pelas partes.

5.1.19 – Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

5.1.20 – Despesas com acompanhante, exceto no caso de internação de BENEFICIÁRIOS menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (no trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto imediato) ou, por fim, portadores de necessidades especiais (desde que haja indicação do médico assistente).

5.1.21 – Despesas extraordinárias não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, como telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar. Nessas hipóteses, deverá ocorrer pagamento, pelo BENEFICIÁRIO, diretamente ao hospital, não sendo tais despesas passíveis de reembolso por parte da CONTRATADA.

5.1.22 – Qualquer procedimento não constante do rol vigente à época do evento ou de eventual Anexo – Coberturas Adicionais, que faz parte deste contrato, quando contratado.

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O período de vigência inicial do contrato será de 12 (doze) meses.

6.2 – A data do início da vigência será aquela estabelecida na Proposta Contratual, o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária ou qualquer outra data estabelecida pelas partes, desde que, antes dessa data designada, não tenha sido feito nenhum pagamento, sob pena de, havendo pagamento, considerar-se como data de vigência inicial a data desse pagamento.

6.2.1 – A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá no final do processo de contratação, quando a CONTRATANTE assinará declaração com a ciência e concordância quanto aos termos do contrato.

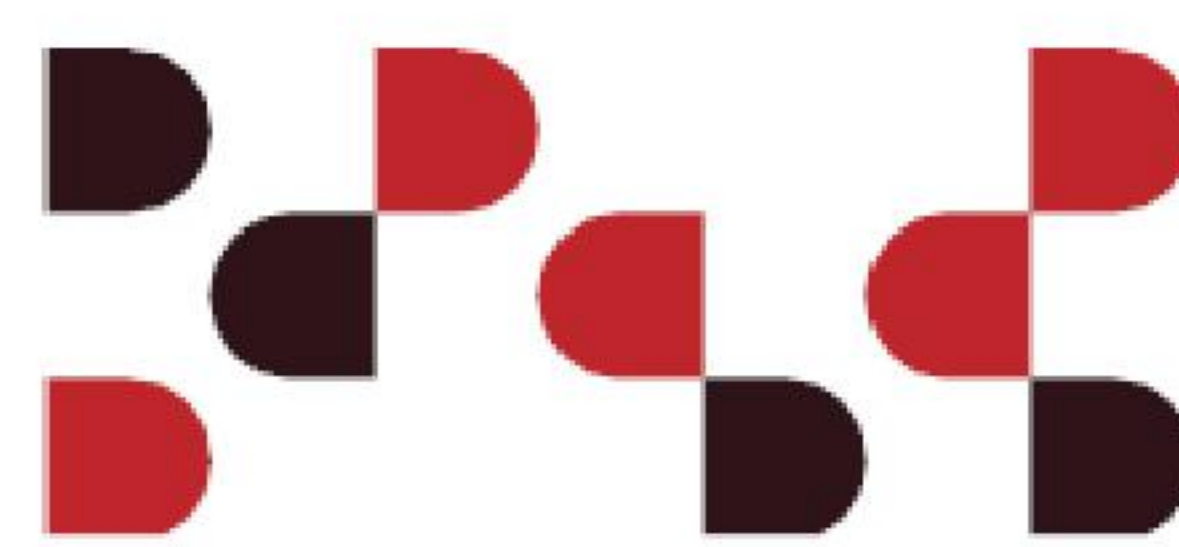
6.3 – Transcorrida a vigência mínima inicial indicada nos termos do item 6.1 e caso nenhuma das partes se manifeste previamente pela não renovação do contrato, este será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, tampouco a incidência de qualquer período adicional de carência.

CARÊNCIAS

7.1 – Para os contratos cujo número de BENEFICIÁRIOS é igual ou superior a 30 (trinta), e enquanto essa quantidade mínima for mantida, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o BENEFICIÁRIO formalize o pedido de admissão do contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

7.2 – Depois de decorrido o prazo supramencionado, a inclusão de BENEFICIÁRIOS ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência.

7.2.1 – Nesse caso, o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, informando à CONTRATADA o conhecimento de eventual doença ou lesão preexistente previamente à data de início de vigência do contrato ou da adesão contratual.





7.2.2 – A não observância da obrigação prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar suspensão ou rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, parágrafo único, do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

7.3 – Os prazos de carência, quando aplicados ao BENEFICIÁRIO, serão contados a partir do ingresso deste no contrato e observarão os seguintes limites:

7.3.1 – 24 (vinte e quatro) horas para cobertura após o início da vigência do contrato, sendo certo que: (i) no Plano de Segmentação Referência, a cobertura será integral após esse período para os atendimentos classificados como de urgência e emergência, nos termos da legislação vigente; (ii) no Plano de Segmentação Ambulatorial, a cobertura para urgência e emergência será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente; (iii) no Plano de Segmentação Hospitalar sem Obstetrícia, a cobertura será integral após esse período para as urgências decorrentes de acidentes pessoais. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente; (iv) no Plano de Segmentação Hospitalar com Obstetrícia, a cobertura será integral após esse período, para as urgências e emergências decorrentes de acidentes pessoais. Nas demais hipóteses de urgência e emergência, inclusive para complicações do processo gestacional, a cobertura será apenas para as primeiras 12 (doze) horas em regime de ambulatório, nos termos da legislação vigente.

7.3.2 – 30 (trinta) dias para o custeio de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.

7.3.3 – 180 (cento e oitenta) dias para a cobertura dos custos de procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação;

7.3.4 – 180 (cento e oitenta) dias para o custeio de internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos.

7.3.5 – 300 (trezentos) dias para a cobertura dos custos de parto a termo.

7.4 – A redução dos prazos de carência, eventualmente concedida pela CONTRATADA, não alterará as demais condições do contrato, principalmente aquelas relativas às exclusões contratuais.

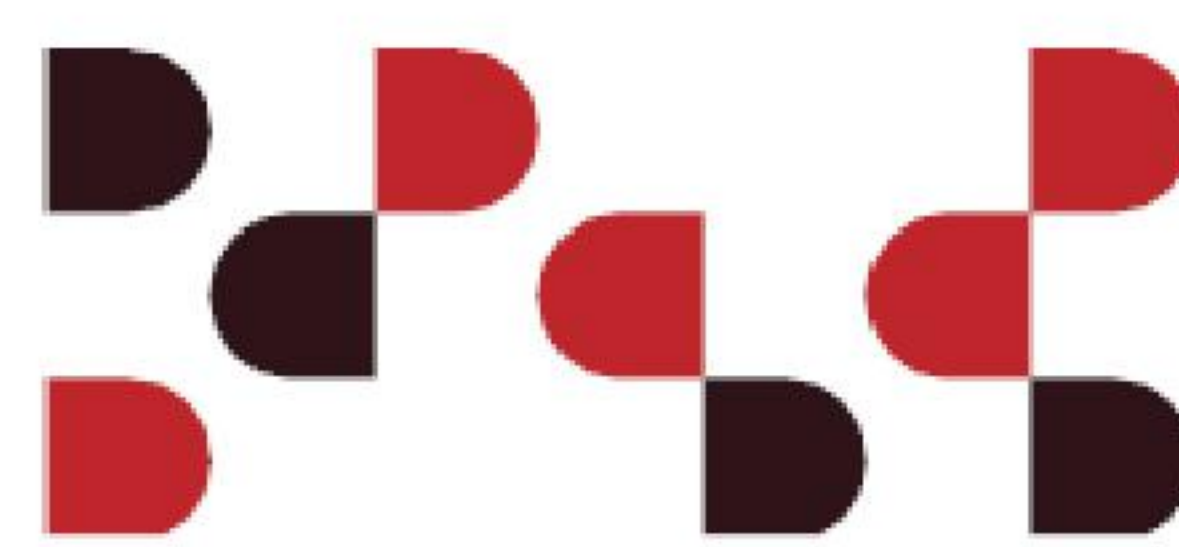
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 – Consideram-se doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(S) ou seu representante legal saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão ao plano.

8.2 – Não será exigido o cumprimento de agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doença ou lesão preexistente nos contratos cujo número de BENEFICIÁRIO seja igual ou superior a 30 (trinta), desde que os BENEFICIÁRIOS formalizem pedido de admissão ao contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

8.2.1 – Depois de decorrido o prazo supramencionado, a inclusão de BENEFICIÁRIOS ocorrerá com a exigência do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

8.2.2 – Nesse caso, o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal deverá preencher a Declaração de Saúde, por meio da Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, que é parte integrante obrigatória deste contrato e é padronizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).





Nesse documento, o BENEFICIÁRIO informará à CONTRATADA, de boa-fé, o conhecimento de eventual doença ou lesão preexistente previamente à data de início da vigência do contrato ou da adesão contratual.

8.2.2.1 – Para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, o BENEFICIÁRIO poderá escolher um médico pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA sem nenhum ônus.

8.2.2.2 – Na hipótese de o BENEFICIÁRIO optar 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.

8.2.2.3 – A entrevista qualificada não é obrigatória, mas constitui-se uma opção disponível pela CONTRATADA aos BENEFICIÁRIOS e tem como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

8.2.2.4 – O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, às alternativas de cobertura e demais consequências em relação a sua omissão.

8.2.2.5 – Não se admitirá a alegação de omissão de informação relativa a doença ou lesão preexistente se, no ato da admissão do BENEFICIÁRIO no plano, for realizado qualquer tipo de exame

ou perícia pela própria CONTRATADA.

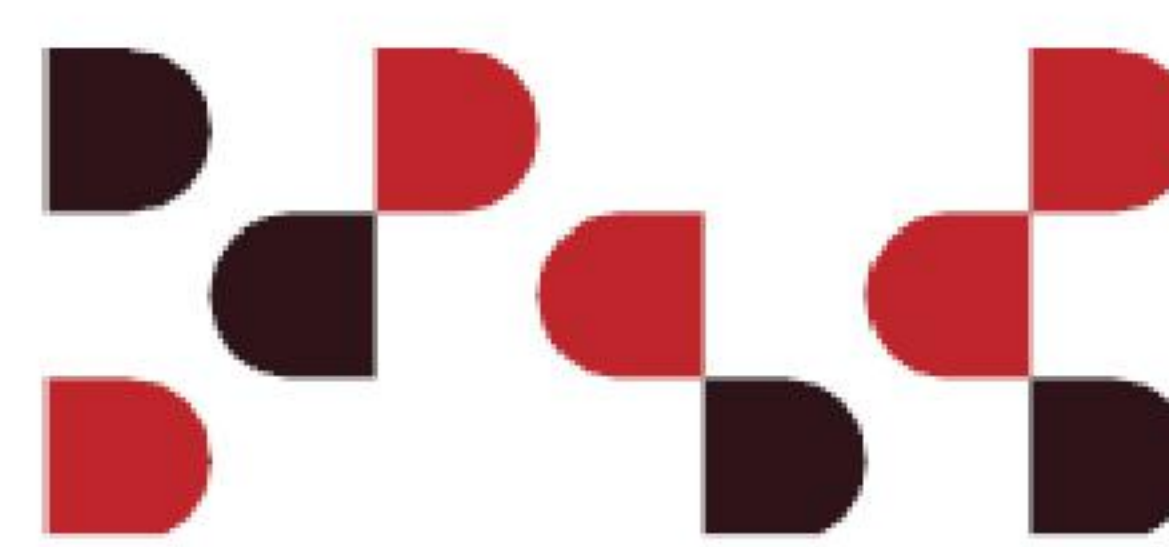
8.2.3 – A não observância da obrigação de boa-fé prevista no item anterior poderá caracterizar fraude, podendo ensejar a suspensão ou a rescisão do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

8.3 – Caso seja constatada, mediante informações expressas inseridas na Declaração de Saúde, na Entrevista Qualificada ou em eventual perícia médica, a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CONTRATADA oferecerá ao BENEFICIÁRIO a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

8.4 – Caso ocorra urgência ou emergência durante o período de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA garantirá cobertura após 24 (vinte e quatro) horas da assinatura do contrato, em regime ambulatorial, independentemente da segmentação assistencial do plano contratado, limitada às 12 (doze) primeiras horas de atendimento, excluídos, porém, os procedimentos de alta complexidade e todos os demais procedimentos exemplificados na definição de Cobertura Parcial Temporária, na seção “Conceitos”.

8.5 – A opção da CONTRATANTE ou do BENEFICIÁRIO pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

8.6 – Se for identificado indício de fraude referente à omissão de conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a CONTRATADA comunicará tal fato imediatamente ao BENEFICIÁRIO. Nesse caso, a CONTRATADA poderá: (i) oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a partir da data de recebimento do termo de comunicação, até que se complete o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência contratual ou adesão





do plano; e/ou (ii) solicitar a abertura de processo administrativo perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para julgamento da alegação de omissão na Declaração de Saúde, visando à rescisão contratual, e/ou responsabilizar o BENEFICIÁRIO pela utilização indevida.

8.6.1 – Acolhida a alegação de fraude por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou do Poder Judiciário, o BENEFICIÁRIO será responsável pelo pagamento das despesas efetuadas pela CONTRATADA com a assistência médico-hospitalar prestada em razão de omissão/fraude (todas as despesas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos) e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, a partir do envio do termo de comunicação mencionado anteriormente.

8.6.2 – Até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do encerramento do processo administrativo, não haverá, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, a área geográfica de abrangência e a área de atuação estabelecidas para este contrato, além das hipóteses previstas no rol, estão cobertos os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, para os casos de urgência e emergência (definidos abaixo), nos termos desta cláusula:

9.1.1 – Urgência – assim entendidos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

9.1.2 – Emergência – como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

9.2 – Nos contratos em que os prazos de carência ainda não tenham sido cumpridos, deverão ser observadas as seguintes regras de cobertura para urgência e emergência, nos termos da regulamentação vigente:

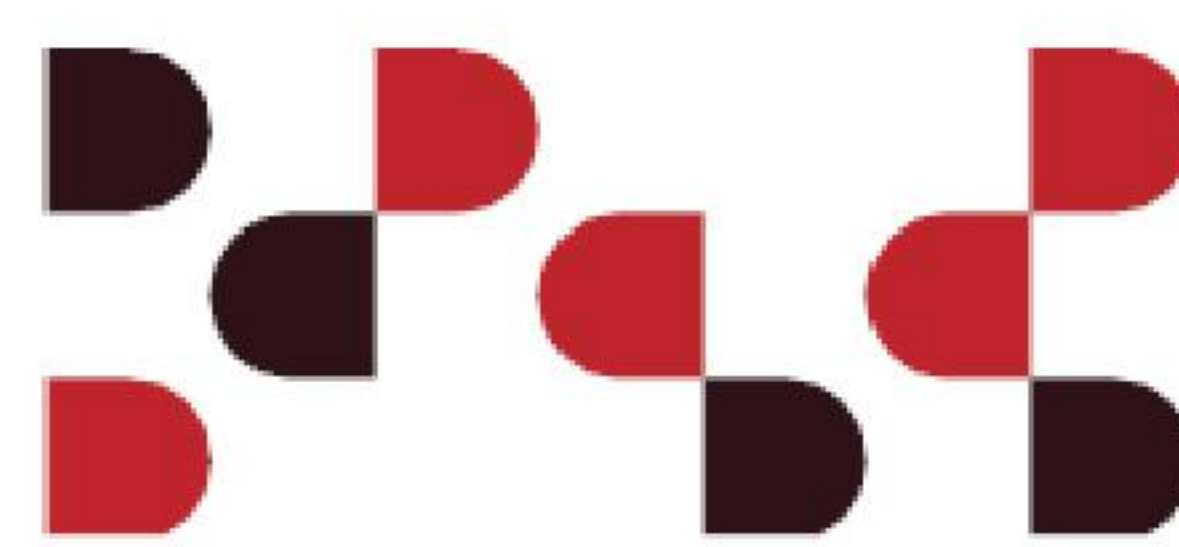
9.2.1 – Nos Planos de Segmentação Ambulatorial, os casos de emergência terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas; as complicações do processo gestacional (urgência) terão cobertura para as 12 (doze) primeiras horas.

9.2.2 – Nos Planos de Segmentação Hospitalar, os acidentes pessoais (urgência) terão cobertura após 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do contrato.

9.2.3 – Nos Planos de Segmentação Referência, é garantida a cobertura ambulatorial e hospitalar, para urgência e/ou emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, somente para os casos em que não forem consideradas doenças e lesões preexistentes.

9.3 – Nos contratos que envolvam Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes, as coberturas do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão estarão limitadas às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

9.3.1 – Caso, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, seja necessário realizar procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e mesmo que em tempo menor do que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, passando a





responsabilidade financeira da internação a ser do BENEFICIÁRIO ou de seu responsável legal, não cabendo nenhum ônus à CONTRATADA.

9.3.2 – Após o período de 12 (doze) horas estabelecido nos itens acima, o BENEFICIÁRIO deverá ser removido, por via terrestre, às expensas da CONTRATADA, para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos limites geográficos previstos no contrato.

Remoção

9.4 – A CONTRATADA garantirá remoção terrestre, para uma unidade de atendimento da rede assistencial do plano depois de realizado o atendimento considerado como de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para a continuidade de atenção ao paciente.

9.4.1 – A remoção terrestre para uma unidade do SUS, após realizado o atendimento classificado como de urgência ou emergência e sempre limitado às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, será realizada em casos de: (i) o BENEFICIÁRIO estar cumprindo período de carência para internação;

(ii) haver Cobertura Parcial Temporária que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados com as doenças e lesões preexistentes.

9.4.2 – A CONTRATADA disponibilizará, para remoção, ambulância com os recursos técnicos necessários à segurança da manutenção da vida.

9.4.3 – Não haverá remoção de BENEFICIÁRIO da residência ou do local de trabalho para um hospital tampouco de um hospital para a residência e/ou o local de trabalho.

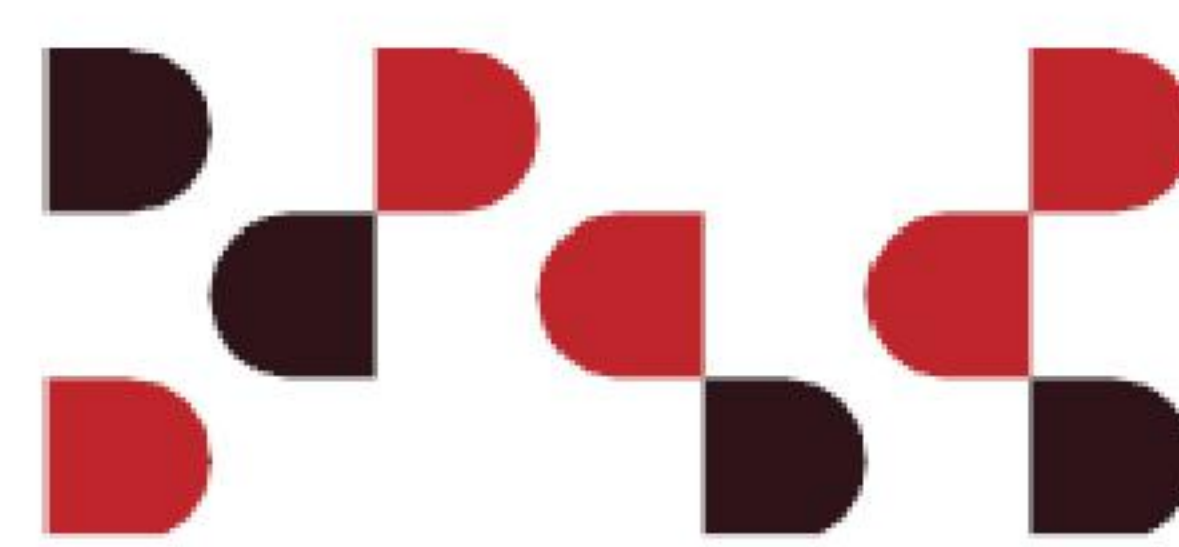
9.5 – Se, ante iminente risco de morte do BENEFICIÁRIO, a remoção não for possível e se não houver cobertura para atendimento, este será de exclusiva responsabilidade do BENEFICIÁRIO, da CONTRATANTE ou de terceiro(s) responsável(is) perante o serviço prestador; o BENEFICIÁRIO, a CONTRATANTE ou o terceiro responsável e o prestador deverão ajustar a obrigação financeira correspondente aos procedimentos realizados, ficando a CONTRATADA isenta desse ônus e das coberturas.

9.6 – Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do tratamento em uma unidade diferente daquela indicada pela CONTRATADA, esta estará desobrigada da responsabilidade médica (ônus decorrente da internação) e do ônus financeiro da remoção.

Ressarcimento

9.7 – O BENEFICIÁRIO terá direito ao ressarcimento unicamente das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento por serviço médico-hospitalar não credenciado e apenas em casos de: (i) urgência ou emergência comprovada ou (ii) impossibilidade justificada de utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA.

9.7.1 – Nesses casos, o ressarcimento somente será realizado: (i) nos limites das obrigações contratuais; (ii) de acordo com a abrangência geográfica contratada; e (iii) mediante apresentação dos documentos relacionados nos itens abaixo, tudo em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98.





9.7.2 – O ressarcimento somente será pago mediante apresentação de documentos originais, conforme cada um dos eventos abaixo relacionados:

9.7.2.1 – Atendimento de pronto-socorro hospitalar – nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.); laudo médico; nome do paciente; valor cobrado; valor de desconto, quando houver; assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ; CRM; ISS; endereço legível e data da realização do evento.

9.7.2.2 – Honorários médicos durante a internação – recibos ou notas fiscais válidas como recibo contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado; laudo médico; laudo do exame anatomopatológico; nome do paciente; valores cobrados; valor de desconto, quando houver; assinatura; CPF e/ou CNPJ; CRM e endereço legível e data da realização do evento.

9.7.2.3 – Internação – nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive a relação de material e medicamentos consumidos; exames e taxas; nome do paciente; data de início do evento; data da alta hospitalar e relatório médico da internação com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).

9.8 – Os documentos relacionados acima deverão ser entregues à CONTRATADA (diretamente ou em um endereço indicado por ela), no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar, sob pena de, ao desrespeitar esse prazo, o BENEFICIÁRIO ou a CONTRATANTE perde o direito ao ressarcimento.

9.9 – Se a documentação não contiver todos os dados indicados nos itens anteriores, a CONTRATADA poderá solicitar envio de nova documentação ou de informações complementares sobre o procedimento; com a apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo de para pagamento.

9.10 – O ressarcimento será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF do BENEFICIÁRIO, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 – A CONTRATADA fornecerá a cada BENEFICIÁRIO um cartão de identificação que o habilitará ao uso dos serviços médico-hospitalares, sempre acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

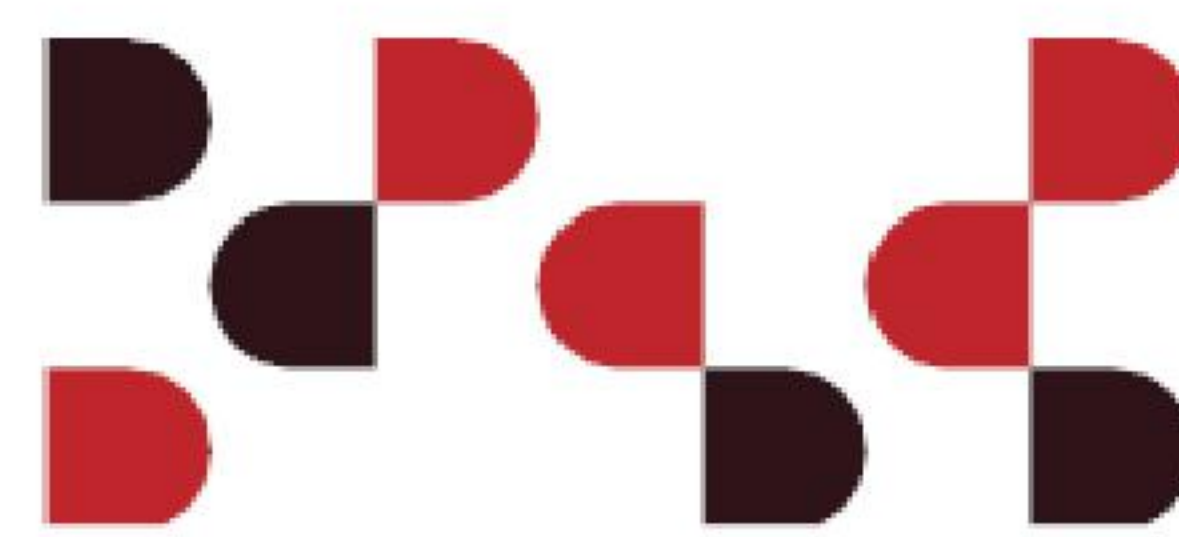
10.1.1 – O cartão de identificação poderá ser emitido por meio digital.

10.1.2 – A CONTRATADA poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação.

2 – Para disponibilização da cobertura, a CONTRATADA poderá fazer uso de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para smartphone disponibilizado por ela, cujo objetivo está voltado à comprovação: (i) da solicitação do procedimento médico-hospitalar; (ii) da utilização dos serviços relacionados com a cobertura; e (iii) da elegibilidade do BENEFICIÁRIO para realização dos atendimentos (consultas, exames e internações).

10.3 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÃO

10.3.1 – Para efeitos deste contrato, as consultas podem ser classificadas das seguintes maneiras:





- (i) consultas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- (ii) consultas em consultório médico;
- (iii) consultas em clínica ou centro médico;
- (iv) consultas de urgência/emergência em pronto-socorro hospitalar.

10.3.2 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela CONTRATADA cartão de identificação fornecido pela CONTRATADA (em meio físico ou digital) e documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil), além da guia de procedimento (exame e/ou internação) devidamente autorizada pela CONTRATADA. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do BENEFICIÁRIO, será realizada a validação biométrica (facial, digital etc.).

10.3.3 – Para os planos sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), o agendamento para a realização de consultas, exames e procedimentos poderá ser realizado: (i) pela equipe de saúde, para a realização de consultas, exames e procedimentos solicitados pela própria equipe, ainda que para realização fora das Unidades de Atenção Primária à Saúde; nessa ocasião, um agente de saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde dará ciência ao BENEFICIÁRIO da data agendada; (ii) pela equipe de saúde ou pelo próprio BENEFICIÁRIO para a realização de consultas, exames e procedimentos solicitados por profissionais que não façam parte da equipe de saúde; nesses casos, a data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do BENEFICIÁRIO, de acordo com a agenda do profissional de saúde escolhido por este e nos limites do produto contratado.

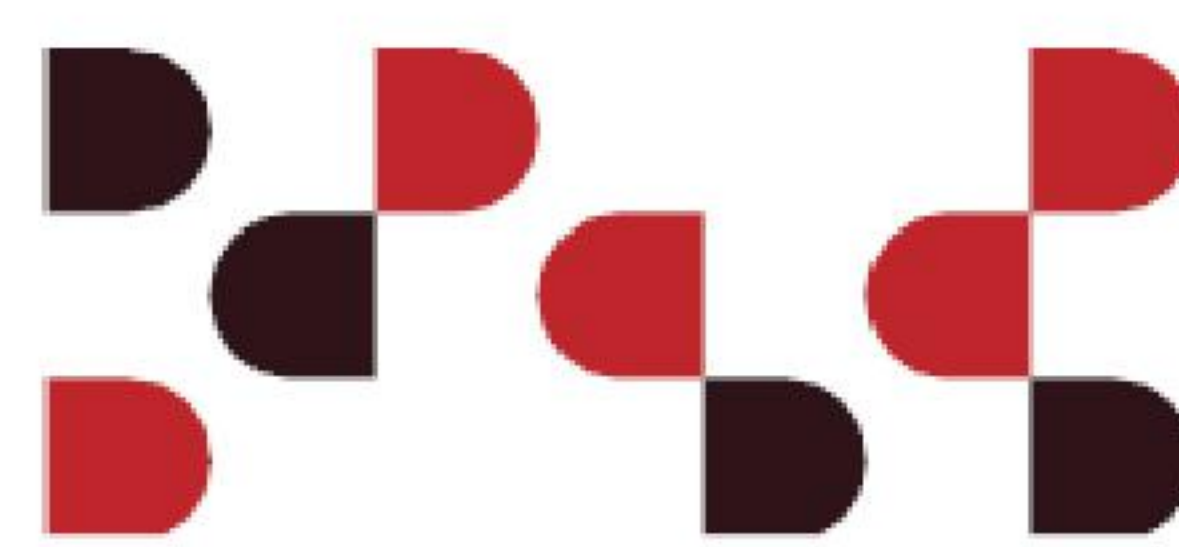
10.3.4 – Para exames e procedimentos que exijam autorização prévia, os processos a serem adotados serão os seguintes: (i) quando o pedido médico for emitido pelos profissionais da equipe de saúde dos planos sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), a solicitação de autorização prévia será encaminhada pela equipe de saúde, e o agente de saúde dará ciência ao BENEFICIÁRIO quanto à disponibilidade para realizar o exame/procedimento; (ii) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da equipe de saúde, mas pertencente à rede de prestadores credenciados da CONTRATADA, este deverá realizar a notificação no site da CONTRATADA. Caso essa solicitação seja informada à equipe de saúde e se houver concordância desta sobre a necessidade do exame e/ou procedimento solicitado, a própria equipe de saúde fará a notificação no site da CONTRATADA; (iii) quando o pedido médico for emitido por profissional não integrante da rede de prestadores credenciados da CONTRATADA, o prestador solicitante deverá promover, de forma subsidiária, o registro desta.

10.4 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: INTERNAÇÕES HOSPITALARES E PROCEDIMENTOS

REALIZADOS SOB INTERNAÇÃO

10.4.1 – A CONTRATADA cobrirá os custos médico-hospitalares através de pagamento direto ao prestador da rede credenciada específica do plano, caso o atendimento esteja contemplado pelas coberturas deste contrato.

10.4.2 – Todas as solicitações de internação eletiva e de exames que necessitem da autorização da CONTRATADA deverão ser feitas em formulário específico, oferecido por esta ou, quando não credenciado, em receituário, com os dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e sua indicação clínica.





10.4.3 – A cobertura de transplantes, bem como das despesas com os procedimentos a eles vinculados, somente será autorizada dentro da rede credenciada para a realização de transplante de órgãos, nos termos do previsto na cláusula que trata de internações hospitalares.

10.4.4 – A cobertura para próteses e órteses ligadas aos atos cirúrgicos exige a observação das seguintes regras: (i) caso seja solicitado, o profissional requisitante deve apresentar justificativa clínica para a indicação de prótese/órtese, fornecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos – de fabricantes diferentes, quando disponíveis – dentre aquelas regularizadas pela Anvisa e que atendam às características especificadas; (ii) em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, e as despesas serão pagas pela CONTRATADA. Não havendo acordo entre as partes, será aplicado o critério descrito na cláusula relacionada com a divergência médica.

10.4.5 – Se a documentação apresentada pelo BENEFICIÁRIO não permitir uma análise conclusiva para a liberação da Guia de Cobertura de Internação Eletiva, a CONTRATADA poderá solicitar à CONTRATANTE ou ao médico assistente o envio de documentação ou informações complementares sobre o procedimento médico a ser executado.

10.4.6 – O prazo de internação inicialmente fixado pela CONTRATADA constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

(i) Caso seja necessário prorrogar o prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente/hospital deverá apresentar à CONTRATADA as razões de prorrogação para avaliação da correspondente cobertura; (ii) Caso o BENEFICIÁRIO continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

10.4.7 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar à equipe de saúde/ao estabelecimento credenciado cartão de identificação fornecido pela CONTRATADA (ou identificação biométrica) e, se for o caso, eventual código fornecido pela CONTRATADA decorrente da utilização de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para smartphone, além do documento de identidade do BENEFICIÁRIO e a guia de procedimento emitida pela CONTRATADA.

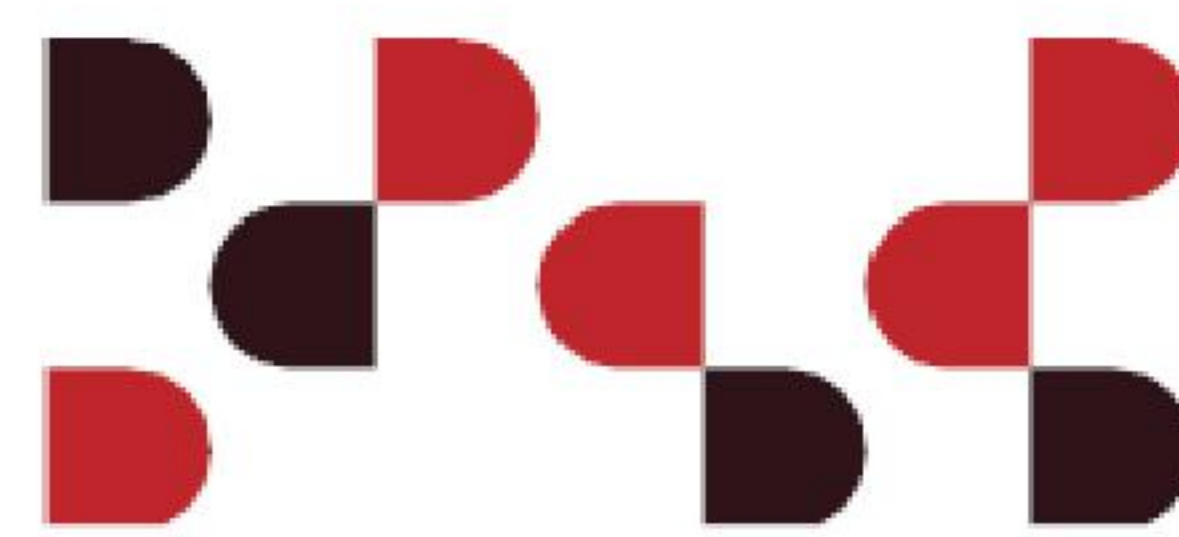
10.4.7.1 – Além dos documentos consignados acima, em caso de internação hospitalar, ressalvados os casos de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e autorizada pela CONTRATADA.

10.4.8 – Em caso de internação hospitalar com caráter de urgência e/ou emergência, o BENEFICIÁRIO ou seu responsável comunicará à central de atendimento da CONTRATADA, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente

para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato.

10.4.9 – As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela CONTRATADA, nos termos da RN 259/11 ou da norma que eventualmente a substitua.

10.4.10 – A CONTRATADA disponibilizará para a consulta dos BENEFICIÁRIOS a rede de atendimento do plano indicado na Proposta Contratual. Esta disponibilização poderá ocorrer por meio impresso, caso solicitado pelo BENEFICIÁRIO. As orientações quanto a eventuais dúvidas na





cobertura de atendimento médico-hospitalar podem ser obtidas pelo teleatendimento ou pelo site sbsaude.com.br.

10.4.11 – As despesas extraordinárias, assim entendidas aquelas que não estão previstas no contrato ou que não estão relacionadas com alguma cobertura, por exemplo: telefonemas, frigobar, televisão, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo BENEFICIÁRIO, não sendo estas passíveis de reembolso pela CONTRATADA.

10.5 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: GERENCIAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE

10.5.1 – Nos planos sujeitos aos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento (PEA), as condições médicas indicadas a seguir somente terão cobertura para o atendimento: (i) pela rede credenciada selecionada que seja participante dos PEAs e (ii) após prévio atendimento pela Unidade de Atenção Primária à Saúde, cuja relação integra a rede credenciada específica do plano e está à disposição no site da CONTRATADA: (i) cirurgias cardiovasculares; (ii) cirurgias da coluna vertebral;

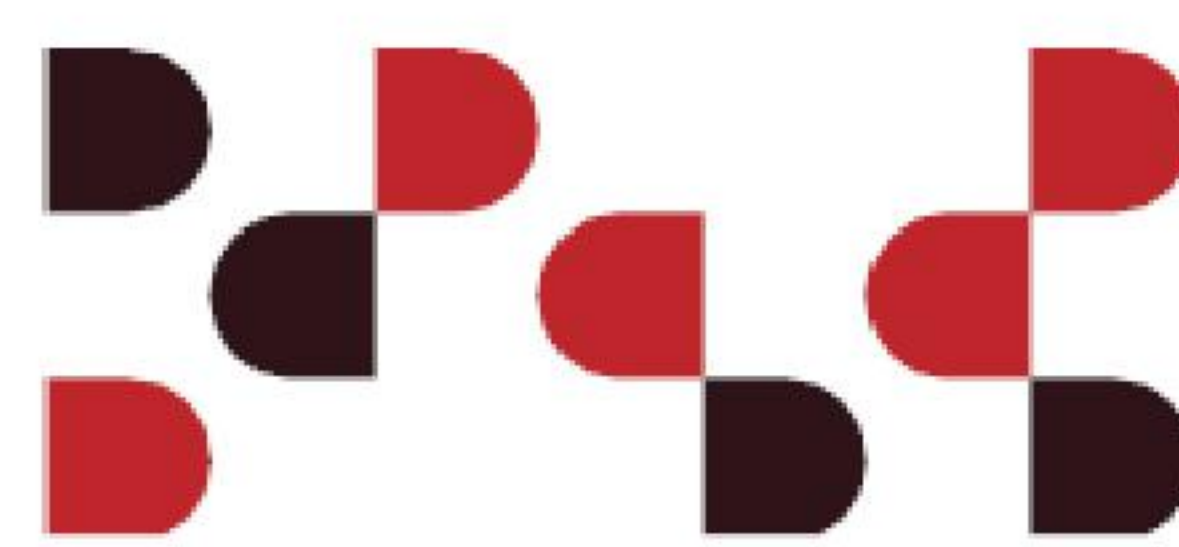
(iii) cirurgias ortopédicas – próteses de substituição de quadril, ombro, joelho, cotovelo; (iv) embolização vascular cerebral; (v) implante de marca-passo ou desfibrilador cardíaco; (vi) transplantes de córnea, medula e rim; (vii) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e seus tratamentos acessórios e/ou subsequentes; (viii) consultas e exames na especialidade oftalmologia; (ix) tratamento cirúrgico da refração; (x) consultas e exames de oncologia; (xi) tratamento de quimioterapia e radioterapia; (xii) terapia renal substitutiva.

10.6 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA

10.6.1 – A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da CONTRATADA pode ser obtida no site da CONTRATADA (sbsaude.com.br).

10.6.2 – A CONTRATADA poderá proceder a alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente; quando houver alteração na rede hospitalar, a CONTRATADA observará o disposto na lei e na regulamentação específica que estiver vigente e informará à CONTRATANTE, previamente, os casos de substituição de rede hospitalar.

10.6.3 – A CONTRATADA poderá, ainda, caso autorizado pela ANS, redimensionar sua rede hospitalar, reduzindo a quantidade de hospitais credenciados, por meio do descredenciamento, ocasião em que será observado o seguinte: (i) caso ocorra descredenciamento de prestador, os BENEFICIÁRIOS em tratamento terão o direito de prosseguir com seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento integrante da rede credenciada da CONTRATADA e de acordo com o plano, sem que a CONTRATADA tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição de cobertura havida; (ii) caso o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorra durante a internação de qualquer BENEFICIÁRIO, este permanecerá internado até a regular alta hospitalar, sendo as despesas, até a alta hospitalar, custeadas pela CONTRATADA; (iii) caso o descredenciamento/substituição/exclusão de estabelecimento hospitalar ocorram por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação, a CONTRATADA fará a remoção do BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto na regulamentação específica vigente, sem nenhum ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.





10.7 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA MÉDICA

10.7.1 – As divergências de natureza médica sobre a solicitação de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico, tratamento e internação serão dirimidas por junta médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo BENEFICIÁRIO, outro pela CONTRATADA e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.7.2 – Para instauração da junta médica ou odontológica, a CONTRATADA deverá notificar, simultaneamente, o profissional assistente e o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal, por meio de notificação por escrito, na qual serão indicados quatro profissionais aptos a compor a junta, e, ainda, assinalado um prazo para resposta. Caso o profissional assistente se recuse expressamente a escolher ou deixe de exercer a opção no prazo indicado, a escolha de um dos quatro nomes para compor a junta médica caberá à CONTRATADA.

10.7.3 – É facultado à CONTRATADA firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação prevista no item supramencionado.

10.7.4 – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do médico que nomear, quando este não pertencer à rede credenciada, e os honorários do profissional desempatador serão pagos pela CONTRATADA, conforme previsto na legislação vigente.

10.8 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO: COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

10.8.1 – As regras de coparticipação e/ou franquias para consultas, exames e os demais procedimentos, para aqueles planos, indicados na Proposta Contratual, que preveem essa modalidade, seguirão o disposto nesta cláusula quanto aos valores e percentuais. Os limites e valores de coparticipação estão disponíveis na Proposta Contratual.

10.8.2 – O percentual de coparticipação e/ou franquias referente à realização de procedimentos psiquiátricos está disposto na cláusula que trata de coberturas e procedimentos garantidos.

10.8.3 – Quando a coparticipação estiver indicada em percentuais, para a determinação do valor final devido deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo:

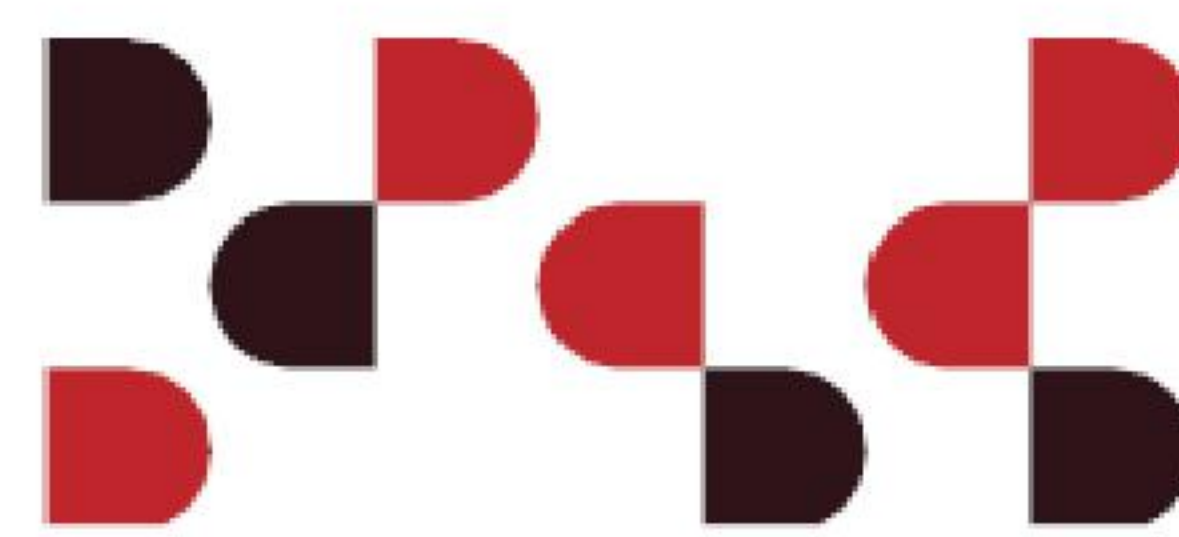
Percentual indicado na Tabela de Coparticipação x Valor Unitário do Procedimento custeado pela CONTRATADA*

*Esse valor pode variar em função do prestador escolhido pelo BENEFICIÁRIO.

10.8.4 – Além disso, o valor da coparticipação a ser paga pelo BENEFICIÁRIO está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM e também ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS, conforme definido na Proposta Contratual, nos planos que prevejam essa modalidade. Os valores de coparticipação

sujeitos ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR ITEM e ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA POR MÊS não serão cumulativos em relação ao mês subsequente.

10.8.5 – A atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA POR ITEM, dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA POR MÊS ou de eventuais valores fixos – na hipótese de a Tabela de Coparticipação estabelecê-los para determinados procedimentos – ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por esse instrumento, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e na regulamentação vigente acerca do tema.





10.8.6 – O índice de atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇA e também de eventuais valores fixos poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.

FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO

11.1 – O contrato possui formação de preço preestabelecido e baseia-se nas declarações da CONTRATANTE, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária realizado antes da utilização das coberturas contratadas.

11.2 – A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA o valor da contraprestação pecuniária correspondente à população – totalidade de BENEFICIÁRIOS em cada faixa etária – incluída e aceita na movimentação cadastral; o valor da contraprestação foi estipulado na data da celebração do contrato e corresponde ao número de BENEFICIÁRIOS indicados na Proposta Contratual.

11.2.1 – Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária devida pela CONTRATANTE para os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados a este.

11.3 – É obrigação da CONTRATANTE pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela CONTRATADA quanto ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano escolhido.

11.3.1 – Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou em dia em que não haja expediente bancário, reconhecendo-se como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela CONTRATADA.

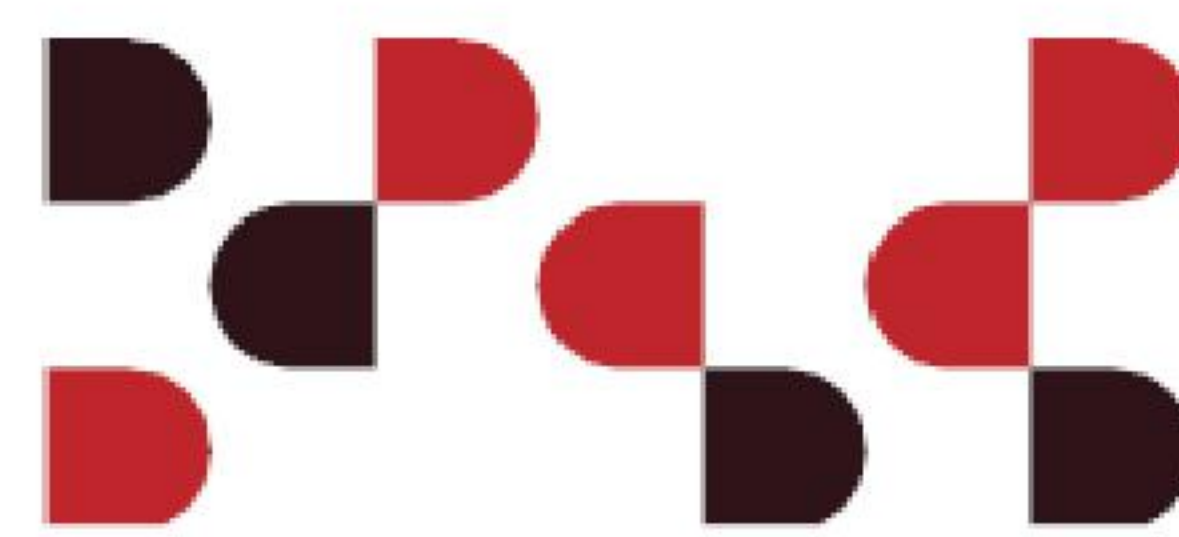
11.3.2 – Havendo divergência quanto à quantidade de BENEFICIÁRIOS incluídos em cada plano ou do grupo de BENEFICIÁRIOS de forma global, constatada após a emissão da fatura, os acertos referentes a essa divergência serão realizados no faturamento imediatamente subsequente, e não constituirão justificativa para eventual atraso do pagamento da respectiva fatura.

11.3.3 – Os impostos e os demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária serão responsabilidade da CONTRATANTE.

11.4 – Caso a CONTRATANTE não receba sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar tal fato à CONTRATADA, sendo certo que o não recebimento da fatura ou do instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o pagamento no prazo do vencimento.

11.4.1 – A atualização dos dados cadastrais, em caso de alteração de endereço, é de inteira responsabilidade da CONTRATANTE, que está ciente de que a comunicação entre ela e a CONTRATADA será realizada por via postal e será considerada válida se for encaminhada para o endereço informado.

11.5 – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela CONTRATANTE ou pelos BENEFICIÁRIOS definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo, além da possibilidade de





responder a CONTRATANTE por eventuais encargos e penalidades impostos à CONTRATADA pelo atraso no pagamento devido à rede credenciada.

11.6 – O recebimento, pela CONTRATADA, de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação. 11.7 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

11.8 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à CONTRATADA se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

11.9 – Garante-se à CONTRATADA o uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição da CONTRATANTE nos cadastros de inadimplentes mantidos por instituições de proteção ao crédito.

REAJUSTES

I. REAJUSTE ANUAL

12.1 – Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

12.2 – A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do contrato ou na periodicidade determinada pela legislação vigente, independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS no contrato.

12.3 – Será considerado como data-base de aniversário do contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano. Os reajustes subsequentes ocorrerão anualmente, respeitando-se a mesma lógica de apuração (variação percentual dos 12 últimos meses).

12.4 – As disposições referentes ao reajuste anual não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária, que seguirá o disposto em seção própria.

12.5 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos de seção própria da cláusula “Mecanismos de Regulação”.

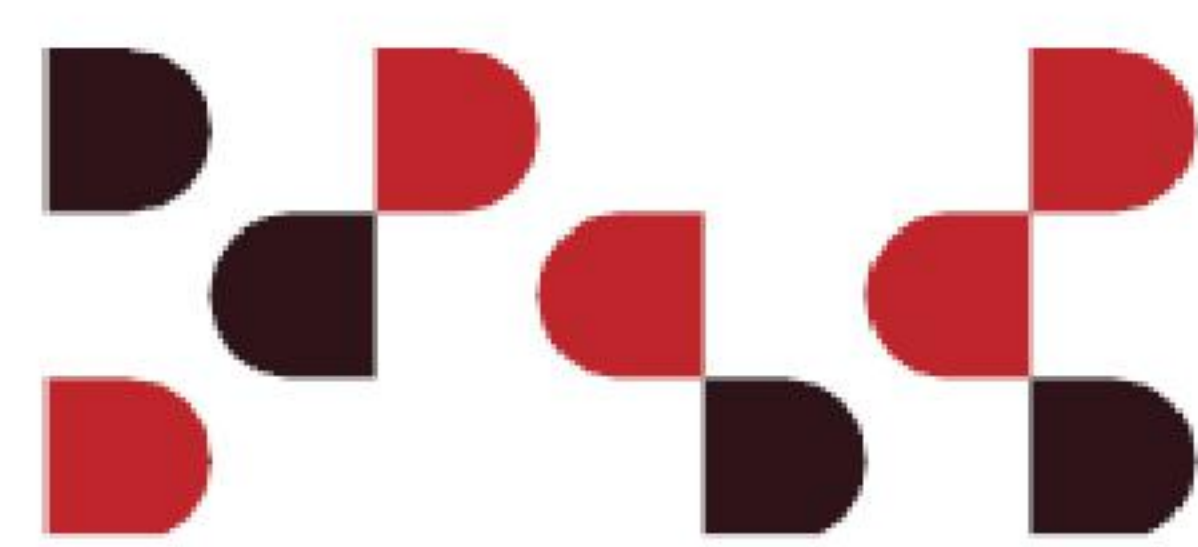
12.6 – A metodologia de cálculo e o índice de reajuste aplicável ao contrato será diferente, conforme a população incluída pela CONTRATANTE, de 2 (dois) a 29 (vinte e nove) ou de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS, conforme disposto nas subseções a seguir.

REAJUSTE DE CONTRATOS COM 30 (TRINTA) A 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS

12.7 – Na hipótese de a população incluída no plano possuir de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS, o reajuste anual será composto cumulativamente pelo Índice Financeiro descrito no item 12.8; caso os custos médicos ultrapassem 65% (sessenta e cinco por cento) da receita e se torne necessário reequilibrar a relação contratual, será incorporado ao contrato, cumulativamente, também o Índice Técnico, descrito no item 12.9.

12.8 – O Índice Financeiro corresponderá à Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH) dos planos coletivos empresariais com população de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS que façam parte da carteira de clientes da CONTRATADA. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no rol.

12.9 – O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade do contrato, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato, apuradas conforme descrito abaixo:





12.9.1 – O Índice Técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando-se as despesas assistenciais e as receitas diretas dos dois primeiros meses.

Nas reavaliações subsequentes, o Índice Técnico será apurado considerando os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

REAJUSTE DE CONTRATOS COM POPULAÇÃO INFERIOR A 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS

12.10 – Se na data de início de vigência ou na data de aniversário do contrato a população incluída pela CONTRATANTE for inferior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, o reajuste anual será calculado em conformidade com as regras relativas a agrupamento de contratos a que se refere a Resolução Normativa 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

12.10.1 – A cada ano, na data de aniversário do contrato, a CONTRATADA fará a contabilização da quantidade de BENEFICIÁRIOS incluídos no plano, a fim de determinar se, no reajuste do ano seguinte, o contrato continuará a seguir a regra do agrupamento ou deste será excluído. O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento caso tenha 30 (trinta) ou mais BENEFICIÁRIOS na data de aniversário.

12.11 – O reajuste anual dos contratos pertencentes ao agrupamento será composto pelo Índice Financeiro, descrito no item abaixo:

12.11.1 – O Índice Financeiro corresponderá à Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH) dos planos coletivos empresariais com população inferior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS que façam parte da carteira de clientes da CONTRATADA. Também incluirá a estimativa do impacto da incorporação de novos procedimentos e eventos previstos no rol.

12.12 – Até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, a CONTRATADA divulgará e manterá em seu endereço eletrônico na internet informação quanto ao percentual de reajuste que será aplicado aos contratos integrantes do agrupamento na data de aniversário de cada um desses contratos. Além disso, a CONTRATADA: (i) identificará, perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio do sistema Reajuste de Planos Coletivos (RPC), quais contratos estarão sujeitos ao reajuste por agrupamento, seus respectivos planos e números de registro; e (ii) incluirá informação quanto ao percentual aplicado também no boleto de pagamento e da fatura de cobrança.

II. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

12.13 – Havendo a previsão de reajuste por alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da alteração, observando-se os percentuais previstos na tabela de faixa etária constante na Proposta Contratual; esses percentuais serão aplicados ao valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições: (i) o valor fixado para a última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária; (ii) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não será superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO

13.1 – O BENEFICIÁRIO Titular demitido ou exonerado sem justa causa terá o direito de manter essa condição com as mesmas características da cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, em caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do plano de saúde; (ii) tenha contribuído para o plano contratado em





decorrência de vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a CONTRATADA, o pagamento integral

das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

13.1.1 – O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO no plano será de um terço do tempo de contribuição para o plano, assegurando-se um período mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

13.2 – O BENEFICIÁRIO Titular aposentado terá o direito de manter essa condição com as mesmas características da cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho em caso de aposentadoria, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do seu plano de saúde; (ii) tenha contribuído para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência do vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a CONTRATADA, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

13.2.1 – Caso o tempo de contribuição do BENEFICIÁRIO para o plano seja inferior a 10 (dez) anos, o direito à manutenção do plano é garantido à razão de um ano para cada ano de contribuição.

13.3 – O direito à manutenção no plano de saúde de que trata este item extinguir-se-á nas hipóteses previstas na seção que trata da extinção do direito assegurado, nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, e nesta cláusula.

I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

13.4 – A CONTRATANTE obriga-se a dar ciência da existência do direito descrito nesta cláusula a seus ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, informando-os quanto às condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica e neste contrato.

13.5 – No ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, a CONTRATANTE dará ao ex-empregado a opção pela manutenção de sua condição de BENEFICIÁRIO Titular.

13.5.1 – O ex-empregado deverá responder à comunicação da CONTRATANTE, informando se aceita ou recusa a oferta, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, cabendo à CONTRATANTE entregar à CONTRATADA cópia da manifestação expressa firmada pelo ex-empregado.

13.5.2 – Por ocasião da dispensa sem justa causa ou aposentadoria, a CONTRATANTE obriga-se a demonstrar e a apresentar os comprovantes dos valores pagos por seus ex-empregados a título de contribuição/participação financeira referente à mensalidade do plano.

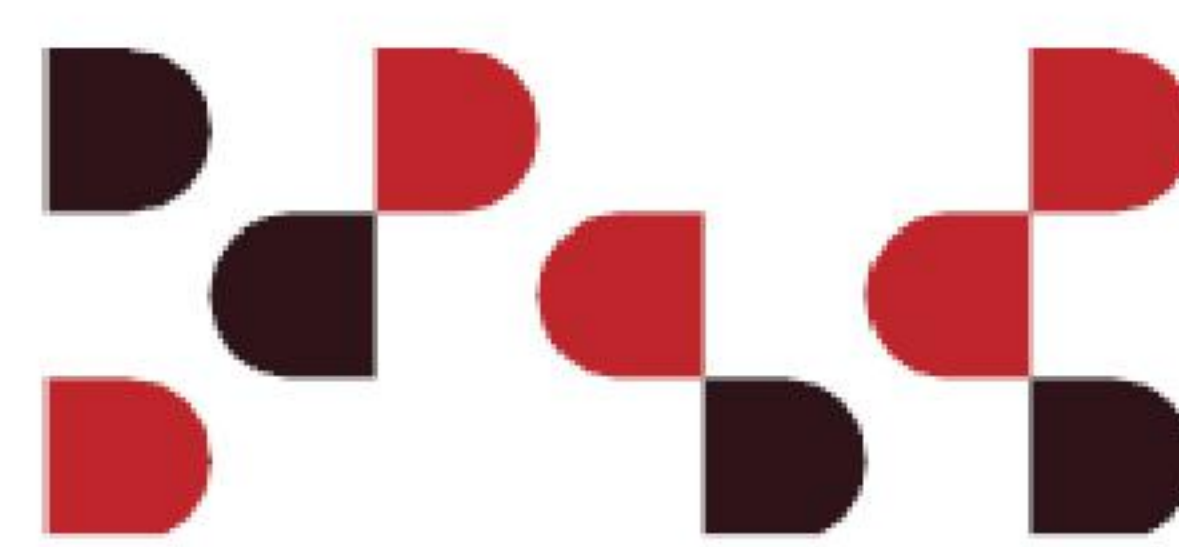
13.5.3 – Caso responda positivamente à comunicação, a CONTRATANTE deverá inseri-lo em um plano, de acordo com a legislação vigente.

13.6 – A CONTRATANTE obriga-se a apresentar aos BENEFICIÁRIOS, a qualquer tempo e quando da opção mencionada pelos itens anteriores, acima, a tabela de preços por faixa etária vigente na data da opção, conforme atualizações realizadas pela CONTRATADA.

13.6.1 – As regras para o estabelecimento de preços por faixa etária serão disponibilizadas pela CONTRATADA em consonância com a legislação vigente.

II. CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

13.7 – Entende-se por contribuição/participação financeira todo o valor pago pelo BENEFICIÁRIO Titular, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano de saúde, assim como o pagamento de qualquer valor fixo assumido pelo BENEFICIÁRIO que foi incluído em outro plano oferecido por seu empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.





13.7.1 – Não estão contemplados no conceito de contribuição/participação financeira os valores relacionados: (i) aos dependentes e agregados; e (ii) à coparticipação devida pelo BENEFICIÁRIO como fator moderador em razão de procedimentos e/ou de utilização da assistência objeto deste contrato, nos casos que preveem essa modalidade.

13.7.2 – O BENEFICIÁRIO Titular que não tenha efetuado o pagamento de contribuição/participação financeira para o plano durante o período em que manteve o vínculo empregatício com a CONTRATANTE não terá direito a permanecer no plano.

13.8 – Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, ao ex-empregado são assegurados os direitos previstos nesta cláusula, na proporção de sua efetiva contribuição.

III. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

13.9 – O direito do ex-empregado de ser mantido no plano na condição de BENEFICIÁRIO estende-se ao grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, ressalvado o direito do BENEFICIÁRIO de ser mantido individualmente ou de solicitar a manutenção de apenas parte de seu grupo familiar.

13.10 – Com o falecimento do BENEFICIÁRIO Titular e desde que o contrato esteja vigente, aos BENEFICIÁRIOS Dependentes é assegurado o direito de permanecerem cobertos pelo plano, nos termos do disposto neste instrumento.

IV. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

13.11 – As contraprestações devidas à CONTRATADA, assim como os valores relativos à coparticipação, nos planos que preveem essa modalidade, serão pagas diretamente pelos BENEFICIÁRIOS Titulares, até a data do vencimento e nos locais indicados pela CONTRATADA, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

13.12 – A manutenção do ex-empregado na condição de BENEFICIÁRIO, no mesmo plano em que se encontrava quando vigente a relação de emprego, observará as mesmas cláusulas referentes a reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

13.12.1 – O direito assegurado ao BENEFICIÁRIO não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

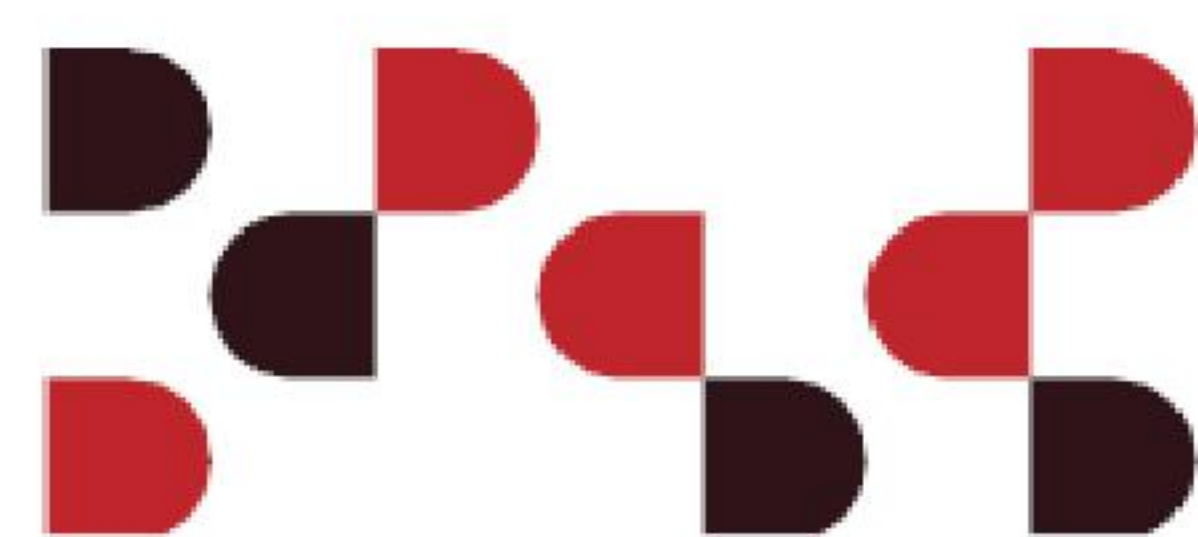
13.12.2 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido, com as devidas atualizações, e o valor da contraprestação deverá corresponder ao valor integral indicado na tabela de custos por faixa etária.

13.13 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa CONTRATANTE e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO na condição de aposentado.

13.14 – O BENEFICIÁRIO que estiver inadimplente por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, será excluído do contrato, sem prejuízo da obrigação de pagar os valores em atraso e/ou as despesas porventura realizadas durante o período de inadimplência.

V. PORTABILIDADE – DEMITIDO/APOSENTADO

13.15 – Durante o período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO de que trata esta cláusula, o BENEFICIÁRIO poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual, familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, desde que possua o vínculo





exigido pela norma, administrado por outra operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas nas Resoluções Normativas nº 279 e nº 438, ambas da ANS.

VI. EXTINÇÃO DO DIREITO ASSEGURADO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656, DE 1998

13.16 – O ex-empregado terá seu direito de manutenção extinto se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo: (i) decurso dos prazos de manutenção, conforme previsto nos artigos 4º e 5º, parágrafos únicos, da Resolução Normativa nº 279/2011; (ii) admissão em novo emprego; ou (iii) cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

13.17 – Para requerer a efetiva exclusão do BENEFICIÁRIO do plano privado de assistência à saúde, a CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA as seguintes informações, acompanhadas dos documentos originais comprobatórios, caso solicitado pela CONTRATADA, a qualquer tempo:

(i) se o BENEFICIÁRIO foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria; (ii) se o BENEFICIÁRIO aposentado continua vinculado à CONTRATADA por relação de emprego, conforme disposto no artigo 22 da RN nº 279/2011; (iii) se o BENEFICIÁRIO contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; (iv) por quanto tempo o BENEFICIÁRIO contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; (v) se o BENEFICIÁRIO optou pela manutenção como BENEFICIÁRIO ou se recusou a manter essa condição.

13.18 – A exclusão apenas será aceita pela CONTRATADA mediante a comprovação inequívoca, pela CONTRATANTE, de que foi dada ao BENEFICIÁRIO a opção de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO da qual gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

13.18.1 – Enquanto a documentação mencionada nos itens anteriores não tiver sido entregue à CONTRATADA, a CONTRATANTE continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo BENEFICIÁRIO.

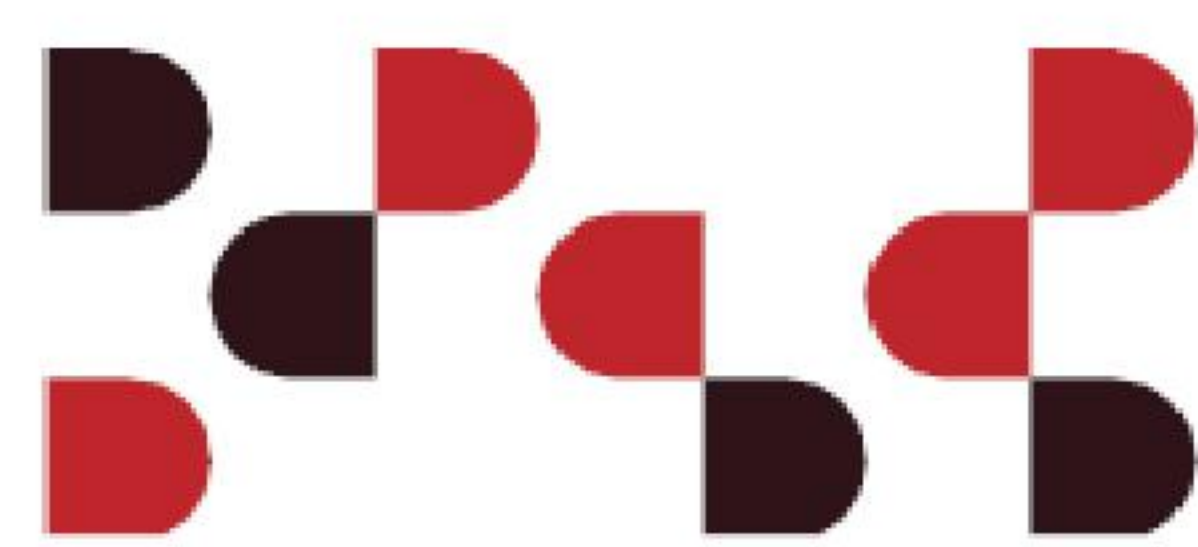
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 – A suspensão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS somente poderá ser realizada mediante pedido por escrito da CONTRATANTE.

14.2 – A CONTRATANTE obriga-se a coletar o cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do(s) BENEFICIÁRIO(S) excluído(s) e a devolver tal documento à CONTRATADA, assegurando-se a essa última o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento para fins de cobertura de assistência constante do presente contrato.

14.3 – A CONTRATADA poderá, ainda, excluir ou suspender o plano do BENEFICIÁRIO, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da CONTRATANTE nos seguintes casos:

(i) perda do vínculo do BENEFICIÁRIO Titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE; (ii) perda dos vínculos de dependência no caso de BENEFICIÁRIO Dependente; (iii) fornecimento, pela CONTRATANTE, de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente contrato; (iv) prática, pela CONTRATANTE ou por BENEFICIÁRIO, de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem; (v) prática, pelo BENEFICIÁRIO, de fraude referente à omissão de conhecimento de doença





ou lesão preexistente por ocasião da contratação ou adesão ao plano, situação apurada mediante procedimento administrativo

específico, bem como de qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva.

14.4 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

14.5 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, os BENEFICIÁRIOS perderão todos os direitos e/ou benefícios previstos neste contrato e não farão jus à devolução de qualquer quantia paga.

14.6 – A CONTRATANTE deverá comunicar a extinção do contrato aos BENEFICIÁRIOS, informando-os, ainda, caso não haja portabilidade para outra operadora, quanto ao direito de contratar plano individual, com o aproveitamento das carências já cumpridas, desde que: (i) a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias, contados da data da rescisão ou do desligamento do BENEFICIÁRIO; e (ii) a CONTRATADA possua em comercialização, à época, plano na referida modalidade de contratação.

Cancelamento pelo BENEFICIÁRIO Titular

14.7 – O BENEFICIÁRIO Titular poderá, a qualquer tempo, solicitar ser excluído do contrato, bem como solicitar a exclusão de qualquer de seus dependentes, nos termos dispostos neste item, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela CONTRATANTE no contrato.

14.7.1 – O pedido de exclusão deverá ser apresentado à CONTRATANTE, que providenciará o respectivo processamento, por meio do site da CONTRATADA, em até 30 (trinta) dias, contados do recebimento do pedido.

14.7.2 – Processado o pedido pela CONTRATANTE, ele terá efeito imediato, sendo considerado este, para todos os efeitos, o momento de exclusão do BENEFICIÁRIO pela CONTRATANTE.

14.7.3 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o BENEFICIÁRIO Titular apresentar novo pedido, dessa vez diretamente à CONTRATADA, que deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado à CONTRATANTE (e-mail ou carta protocolada) e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela CONTRATADA.

RESCISÃO/SUSPENSÃO

I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

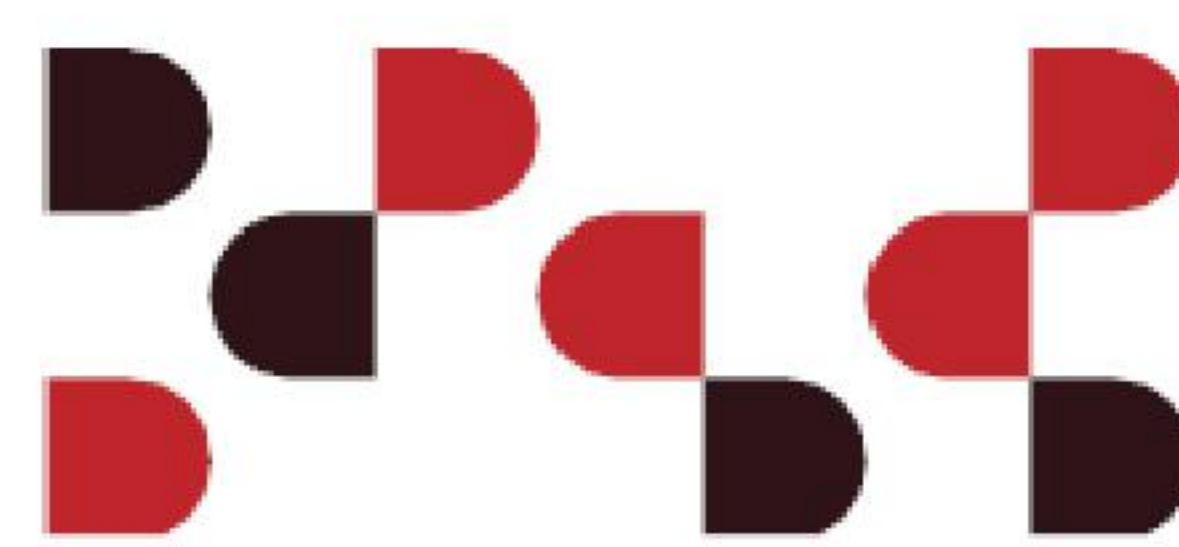
15.1 – Se a CONTRATANTE atrasar o pagamento da contraprestação por período superior a 05 (cinco) dias, serão suspensos, para todos os BENEFICIÁRIOS, o direito à cobertura e os demais benefícios contratuais.

II. RESCISÃO

15.2 – O presente contrato poderá ser extinto:

15.2.1 – Automaticamente, caso o número de BENEFICIÁRIOS inscritos se torne inferior a 2 (dois), ainda que não tenha sido completado o prazo mínimo de vigência estabelecido na Proposta Contratual; nessa hipótese, será facultado aos BENEFICIÁRIOS celebrar contratos individuais, nas bases e condições próprias dos produtos em comercialização pela CONTRATADA, inclusive com relação a preço.

15.2.2 – Imotivadamente, por iniciativa de qualquer uma das partes, após vencido o prazo de vigência inicial, desde que a parte contrária seja previamente notificada com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.





15.2.3 – Unilateralmente pela CONTRATADA, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência; ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item 18.4 por período superior a 60 (sessenta) dias.

15.2.3.1 – O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no item anterior encontra-se condicionado à comprovada notificação do devedor, que deverá ser enviada para o endereço fornecido pela CONTRATANTE até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência.

15.2.4 – Unilateralmente pela CONTRATADA nas hipóteses de fraude, omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela CONTRATANTE, para auferir vantagens próprias, para si ou para seus BENEFICIÁRIOS, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

15.2.4.1 – A hipótese de cancelamento por fraude não afasta a prerrogativa da CONTRATADA de buscar indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

15.2.4.2 – Sem prejuízo das responsabilidades legais, nos casos de fraude na Declaração de Saúde apurada mediante processo administrativo próprio, os BENEFICIÁRIO perderão todos os direitos aos benefícios previstos neste contrato e a restituição de qualquer quantia paga.

15.2.4.3 – Para fins do disposto neste item, a omissão de informação na Declaração de Saúde deverá ser comprovada pela ANS mediante processo administrativo próprio.

15.2.4.4 – Nos casos de extinção por fraude na Declaração de Saúde, os BENEFICIÁRIOS são solidariamente responsáveis, juntamente com a CONTRATANTE, por ressarcir à CONTRATADA as coberturas indevidamente pagas por esta.

15.3 – Caso a CONTRATANTE extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de vigência estabelecido na cláusula sexta e na Proposta Contratual, ficará sujeita ao pagamento, à CONTRATADA, de multa rescisória no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, incluídos os valores relativos à coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da CONTRATADA, mediante prévio aviso à CONTRATANTE.

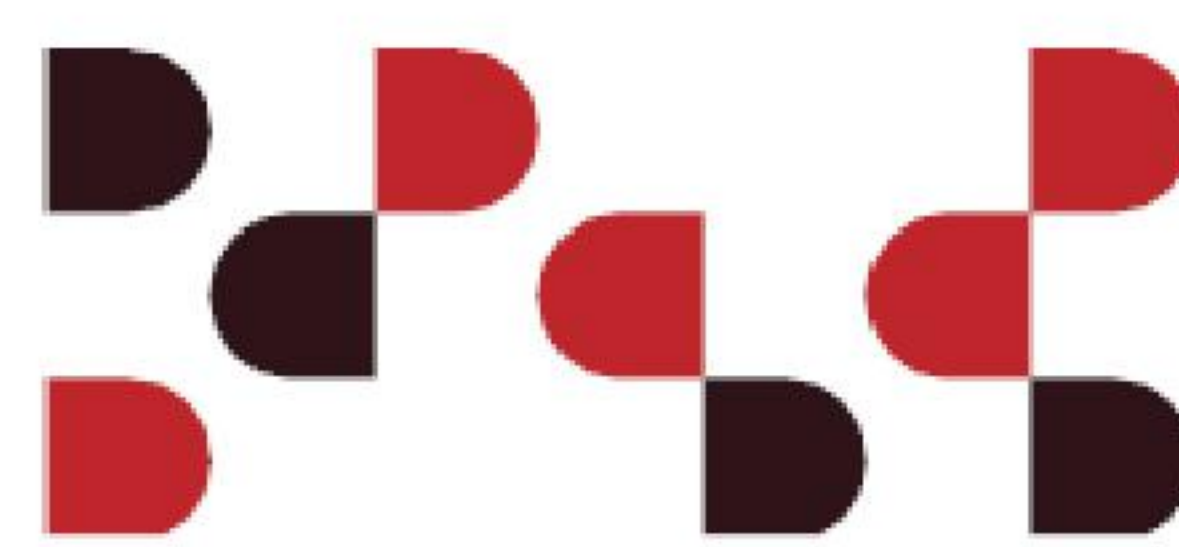
PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

17.1 – Estas disposições aplicam-se a toda atividade de tratamento dos dados pessoais da CONTRATANTE que seja realizada pela CONTRATADA quando esta estiver tratando dados pessoais que pertençam aos BENEFICIÁRIOS vinculados à CONTRATANTE, sempre que tiver recebido ou tido acesso a tais dados pessoais para o propósito de execução deste contrato.

17.2 – As partes cumprirão a Legislação de Proteção de Dados que tenha conexão com este contrato.

17.3 – As partes garantem que todo o seu pessoal, agentes e subcontratados que tiverem acesso a dados pessoais estarão sujeitos a obrigações de manter a confidencialidade sobre tais dados, a não ser que a revelação seja necessária ao atendimento de qualquer obrigação legal ou regulatória.

17.4 – As partes implementarão e manterão um programa de segurança da informação apropriado, razoável e por escrito, que inclua medidas físicas, técnicas e organizacionais proporcionais à





natureza dos dados pessoais tratados neste contrato, medidas que correspondam a padrões de boas práticas industriais

ou que as superem e que sejam adequadas para prevenir violação de dados pessoais.

17.5 – A CONTRATADA realizará atividades de tratamento dos dados pessoais da CONTRATANTE para executar o contrato e atender as prescrições legais e regulatórias emitidas pelas autoridades regulatórias, especialmente pelas entidades e autoridades responsáveis pelo setor de saúde suplementar e pela proteção de dados pessoais.

17.6 – A CONTRATADA manterá a confidencialidade de todos os dados pessoais relacionados com o contrato, ressalvadas as provisões regulatórias em sentido diverso.

17.7 – A CONTRATADA implementará medidas técnicas e organizacionais para proteger os dados pessoais da CONTRATANTE contra acessos, perdas, alteração, revelação, destruição não autorizada ou acidental ou qualquer outra forma de tratamento não autorizada ou ilegal.

17.8 – Caso a CONTRATADA colete qualquer dado pessoal em nome da CONTRATANTE, este será coletado de acordo com a forma, o parâmetro ou a exigência legal aplicável, inclusive em relação aos meios de coleta legalmente especificados. Quando a coleta do consentimento for, de algum modo, necessária ao exercício do presente contrato, a CONTRATANTE será responsável pelas formas de coleta e por manter os registros de cada consentimento coletado.

17.9 – A CONTRATANTE fornecerá à CONTRATADA toda a assistência razoavelmente necessária para que esta cumpra suas obrigações perante a legislação de proteção de dados (inclusive no que se refere à resposta à solicitação de titulares de dados no exercício de seus direitos e às consultas às autoridades competentes).

17.10 – Segundo opção da CONTRATANTE, a CONTRATADA prontamente excluirá ou devolverá todos os dados pessoais da CONTRATANTE, mediante solicitação desta ou na ocorrência de rescisão deste contrato, a menos que haja obrigação em diferente sentido, nos termos da legislação e regulação aplicável.

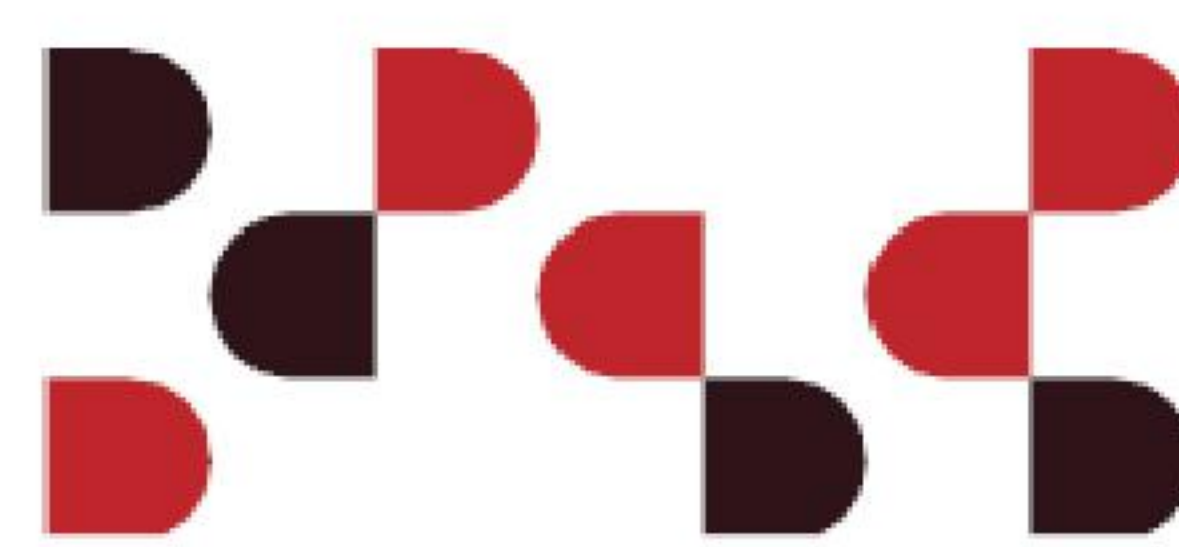
17.11 – Mediante solicitação da CONTRATANTE ou do titular de dados, a CONTRATADA deverá corrigir ou atualizar todos os dados pessoais da CONTRATANTE mantidos pela CONTRATADA.

17.12 – A CONTRATADA terá o direito de ser reembolsada pela CONTRATANTE por perdas, danos, multas, custos ou despesas (incluindo despesas e desembolsos legais) incorridos pela CONTRATADA e que resultem na violação de dados pessoais, em falha na adoção de medidas de segurança exigidas pelo Artigo 46 da LGPD ou na violação de algum item desta cláusula em relação a quaisquer dados pessoais tratados em conexão com o contrato. Tais valores serão considerados perdas diretas e serão devidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA mediante comprovação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 – NOMENCLATURA – a nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10, da Organização Mundial da Saúde.

18.2 – DOCUMENTAÇÃO – fazem parte do presente contrato: (i) seus anexos e regulamentos; (ii) a Proposta Contratual; (iii) a Rede Credenciada da CONTRATADA, definida pelo tipo de plano contratado; (iv) a Declaração de Saúde; (v) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), documentos previamente entregues pela CONTRATADA à CONTRATANTE, além da (vi) Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO; (vii)





dos recibos de pagamento e (viii) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

18.2.1 – É responsabilidade da CONTRATANTE entregar ao BENEFICIÁRIO Titular, previamente à adesão ao plano de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

18.2.2 – É responsabilidade da CONTRATADA enviar ao BENEFICIÁRIO Titular o Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou por meio de mídia digital, juntamente com o cartão de identificação.

18.2.3 – É responsabilidade de ambas as partes oferecer, sempre que solicitado pelo BENEFICIÁRIO Titular e desde que este tenha disponibilizado seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

18.3 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS – as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, de acordo com as opções de planos contratados e indicados na tabela de vendas correspondente ao presente contrato. 18.3.1 – Quando da transferência de BENEFICIÁRIO para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo, observando que:

18.3.1.1 – Caso a transferência se dê para um plano que contenha: (i) novos benefícios; (ii) nova rede credenciada; e (iii) novo padrão de acomodação e não se trate de casos de portabilidade/migração, os BENEFICIÁRIOS cumprirão apenas as carências determinadas para estes casos, de acordo com o que estiver previsto no novo plano.

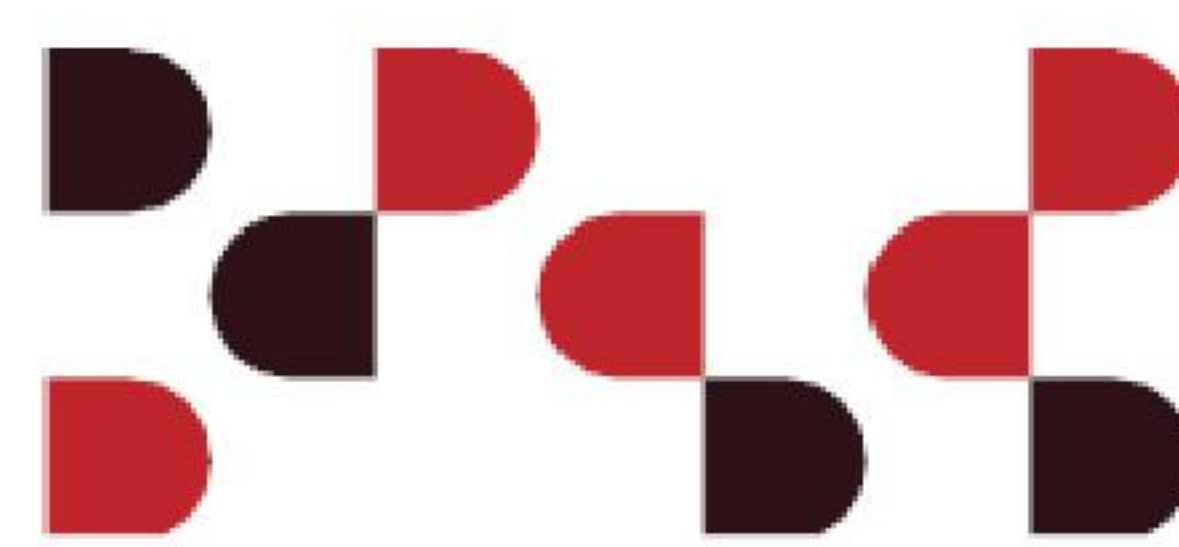
18.4 – COBERTURAS EXTRA CONTRATUAIS E DEMAIS DESPESAS – caso a CONTRATADA seja obrigada a oferecer coberturas extracontratuais ou a pagar despesas não previstas no presente contrato, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à CONTRATANTE reembolsar a CONTRATADA todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação judicial, das custas, das despesas processuais e administrativas e dos honorários advocatícios.

18.4.1 – Nos casos em que a CONTRATANTE for responsável por reembolsar as despesas acima mencionadas, a CONTRATADA notificará a CONTRATANTE, dando-lhe ciência quanto à ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

18.4.2 – O não envio da notificação indicada no item anterior não desobriga a CONTRATANTE de realizar o reembolso à CONTRATADA.

18.5 – MEDIAÇÃO – a CONTRATANTE obriga-se a informar ao BENEFICIÁRIO que é dever deste entrar em contato prévio com a CONTRATADA, por intermédio de qualquer de seus canais de atendimento, caso ocorra qualquer conflito relacionado com o presente contrato e que nenhuma reclamação deve ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nem demanda judicial que verse sobre os termos deste instrumento deve ser distribuída antes de que essa providência seja tomada, a fim de que se busque a composição de uma solução amigável para o pleito.

18.6 – RESPONSABILIDADES DAS PARTES – as partes acordam que o ônus decorrente de demandas administrativas – incluindo multas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dos Procons, mas não limitadas exclusivamente a estas – ou judiciais decorrente de atos de





responsabilidade de cada uma delas, nos termos de suas obrigações legais e regulamentares, será por cada qual suportado, de acordo com os critérios expostos a seguir:

18.6.1 – Serão de responsabilidade da CONTRATANTE os processos e demandas motivados por questões administrativas, incluindo, em rol meramente exemplificativo: emissão de boletos; movimentação cadastral; suspensão/cancelamento do contrato por inadimplência; vigência de contrato; elegibilidade de BENEFICIÁRIOS; diferença na aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias (em relação àqueles praticados pela CONTRATADA e previstos em contrato); preenchimento de dados e apresentação de documentos necessários ao Estudo de Cobertura de Risco; omissão/inexatidão na informação sobre carências, coberturas parciais temporárias e rede de atendimento, entre outros.

18.6.1.1 – Caso seja determinada, por decisão administrativa ou judicial, a redução dos percentuais previstos por faixa etária, caberá à CONTRATANTE reembolsar à CONTRATADA qualquer valor que a CONTRATADA venha a despendar, incluindo o valor de condenação, custas, despesas processuais e honorários advocatícios. A CONTRATANTE deverá, ainda, pagar à CONTRATADA a diferença de valor da contraprestação, considerando o que será efetivamente pago pelo BENEFICIÁRIO e o valor devido, contendo o reajuste por faixa etária, no caso de afastamento ou redução desse percentual.

18.6.2 – Serão de responsabilidade da CONTRATADA os processos e as demandas motivados por questões assistenciais e de coberturas contratuais, ressalvados os casos de negativas de atendimento por suspensão ou cancelamento do contrato decorrente de falha operacional da CONTRATANTE, entre outros.

18.6.3 – Será compartilhada igualmente entre as partes a responsabilidade em relação aos processos e às demandas envolvendo reajuste anual.

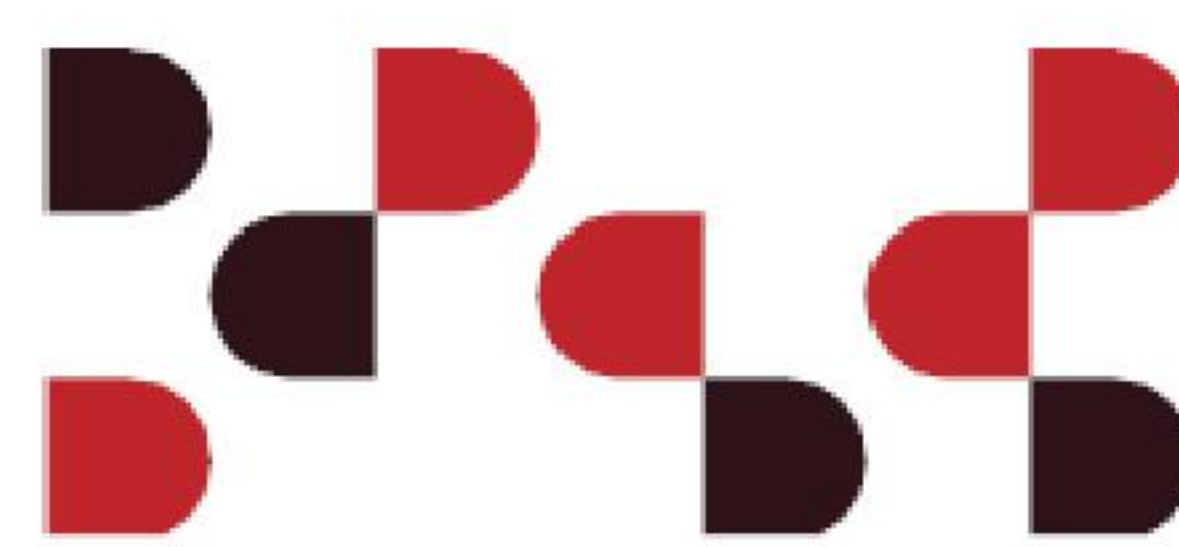
18.6.4 – As partes estabelecem, por fim, que, quando juridicamente possível, a parte que foi demandada por ato que não seja de sua responsabilidade deverá informar à outra parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável, bem como forneça à outra parte toda a documentação solicitada por esta necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substitua a parte exigência na demanda administrativa ou judicial.

18.7 – LIBERALIDADE DA CONTRATADA – a autorização concedida pela CONTRATADA para a cobertura de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à CONTRATANTE ou ao BENEFICIÁRIO direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da CONTRATADA.

18.8 – TOLERÂNCIA – a tolerância ou a demora da CONTRATADA em exigir da CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

18.9 – NÃO PRESUNÇÃO – não se admite a presunção de que a CONTRATADA ou a CONTRATANTE possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato ou de comunicação posterior por escrito.

18.10 – SUB-ROGAÇÃO – a CONTRATADA ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da CONTRATANTE contra aqueles que por ato, fato ou omissão tenham causado as despesas cobertas





pela CONTRATADA ou por elas tenham concorrido, obrigando-se a CONTRATANTE a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

18.11 – ENVIO DE INFORMAÇÕES À ANS – conforme disposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em resolução normativa própria, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos BENEFICIÁRIOS é responsabilidade da CONTRATADA, que as enviará, por intermédio do coordenador médico de informações em saúde que estiver cadastrado perante a agência. Resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais do coordenador, a CONTRATADA responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, que serão preservados de acordo com a garantia de sigilo médico de informações.

18.12 – DECLARAÇÕES – a CONTRATANTE declara, neste ato, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, declarando, ainda, que todas as inclusões de BENEFICIÁRIOS obedecerão às regras estabelecidas neste contrato, principalmente no que tange à elegibilidade destes, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente pelo ressarcimento das perdas e dos danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento dessa obrigação.

18.13 – CONTRATOS COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 8.666/93.

