

# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

## PRIMA PLUS

REGISTRO ANS Nº 406464990

## INDIVIDUAL E FAMILIAR

## AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

## CONTRATO DE OPERAÇÃO DO PLANO PRIMA PLUS INDIVIDUAL OU FAMILIAR

### Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

#### 1. - Cláusula Primeira QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

- 1.1 **A PROTEÇÃO MÉDICA S/S LTDA.**, classificada como Medicina de Grupo, com sede na cidade de Belém, PA, a Rua Cônego Jerônimo Pimentel, 207, inscrita no CNPJ sob n.º 00.803.125/0001-50, registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará sob n.º 461 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS n.º 370258, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada **Operadora**.

#### 2. - Cláusula Segunda QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

- 2.1 Pessoa física identificada na Ficha de Inscrição e Proposta de Admissão, que acompanham o presente Contrato, que, assinadas pelas partes, é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins de direito neste ato denominada **BENEFICIÁRIO**, beneficiário titular, mantendo nesta relação contratual a condição de beneficiários dependentes, as pessoas indicadas expressamente.

#### 3. - Cláusula Terceira OBJETO DO CONTRATO

- 3.1 A CONTRATADA que é qualificada como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, de acordo com o inciso I do §1º, do artigo 1º da Lei nº 9656/98, compromete-se a prestação continuada de serviços médico-hospitalar visando a assistência à saúde ao CONTRATANTE e aos seus respectivos dependentes, que venham expressamente qualificados na Proposta de Admissão, através de Rede Credenciada restrita ao Plano escolhido e informada no Manual de Orientação, obedecendo a abrangência geográfica contratual e os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e dentro das condições, exclusões e limites definidos neste Contrato.

#### 4. - Cláusula Quarta NATUREZA DO CONTRATO

- 4.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, na forma do disposto no artigo 54 do código de Defesa do Consumidor e artigos 458 a 461 do Código Civil de 2002, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato aleatório, assumindo o (a) **Beneficiário**, o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **OPERADORA** em garanti-la.

#### 5. - Cláusula Quinta NOME COMERCIAL - NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

- 5.1 O nome comercial do plano é **PRIMA PLUS** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **406464990**

## 6. - Cláusula Sexta TIPO DE CONTRATAÇÃO

6.1 O tipo de contratação deste plano é individual/Familiar.

## 7. - Cláusula Sétima TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

7.1 A segmentação assistencial deste contrato é Ambulatorial Hospitalar com Obstetria.

## 8. - Cláusula Oitava REGIÃO DE ABRANGÊNCIA

8.1 Com base na Lei no 9.656/98 e regulamentações, os atendimentos previstos neste contrato terão cobertura em toda a rede credenciada e, no seguinte **Grupo de Estados**: Acre (AC); Alagoas (AL); Amapá (AP); Amazonas (AM); Bahia (BA); Ceará (CE); Distrito Federal (DF), Goiás (GO); Espírito Santo (ES); Maranhão (MA), Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS); Minas Gerais (MG); Pará (PA); Paraíba (PB); Paraná (PR); Pernambuco (PE); Piauí (PI); Rio de Janeiro (RJ); Rio Grande do Norte (RN),; Rio Grande do Sul (RS); Rondônia (RO); Roraima (RR); São Paulo (SP); Santa Catarina (SC); Sergipe (SE); Tocantins (TO).

## 9. - Cláusula Nona PADRÃO ACOMODAÇÃO

9.1 O **Beneficiário** e seus dependentes terão direito, em caso de internação hospitalar, em acomodação **privativa (apartamento)**. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso a acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

## 10. - Cláusula Décima INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

10.1 Conforme definido na Qualificação do Contratante, são considerados como **Beneficiários** deste Contrato o (a) **Beneficiário(a) Titular**, e seus dependentes, indicados na Ficha de Inscrição anexa, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular.

10.2 **Beneficiários Dependentes** são:

- a) O cônjuge;
- b) Os filhos solteiros até 18 anos e estudantes até 24 anos incompletos;
- c) O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) Os filhos comprovadamente inválidos;

10.3 Poderão ser incluídos, beneficiários dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que na presença, cumulativa, dos seguintes requisitos:

- a) O BENEFICIÁRIO deverá assinar Termo Aditivo de Inclusão, e;
- b) A Taxa Mensal deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, do valor *per capita*.

- 10.4 Em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato, exceto para os casos dos filhos recém-nascidos e filhos adotivos menores de 12 anos.
- 10.5 Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, será garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, bem como, a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento e após o cumprimento de 300 dias de carência pelo titular.
- 10.6 Em caso de inscrição de filho (s) adotivo (s) do (a) **Beneficiário (a)**, menor (es) de doze (12) anos de idade, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo (a) consumidor adotante.

## 11. - Cláusula Décima Primeira COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

### 11.1. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

- 11.1.1 Está compreendido neste Contrato o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

### 11.2 SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS

- 11.2.1 Os **Beneficiários** deste Contrato terão direito aos serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo Rol de procedimentos e suas atualizações encontram-se em Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

- 11.2.2 Estão cobertos os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia ambulatorial;
- c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) Hemoterapia ambulatorial;
- e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

- 11.2.3 A cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, conforme artigo incluído pela Lei nº 10.223, de 15.5.2001.

### 11.3 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

- 11.3.1 A operadora garante ao beneficiário, desde que solicitados pelo médico assistente, dentro da área de Abrangência deste Contrato e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela mesma, os seguintes serviços hospitalares:

- 11.3.1.1 A cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES, conforme padrão de acomodação contratada, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, cujo Rol de procedimentos e suas atualizações encontram-se em Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

- 11.3.1.2 A cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

11.3.1.3 Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

11.3.1.4 Cobertura de cirurgia refrativa é obrigatória na presença unilateral de grau igual ou superior a sete, mesmo com grau inferior no olho contralateral, devendo ser autorizada a correção simultânea se esta for a indicação do médico assistente, conforme **Súmula Normativa nº 3/2003** da Agência Nacional de Saúde - ANS.

11.3.1.5 A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia;
- c) Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante braquiterapia;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações e radiologia intervencionista;
- h) Exames pré-anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) Fisioterapia;

11.3.1.6 A cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

11.3.1.7 A cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada.

11.3.1.8 Exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente realizados ou ministrados durante o período de internação;

11.3.1.9 Cobertura das despesas referentes a honorários médicos credenciados;

11.3.1.10 Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;

11.3.1.11 Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

11.3.1.12 Alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar limitada aos recursos do estabelecimento.

11.3.1.13 A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgão e membros.

11.3.1.14 Os BENEFICIÁRIOS terão direito a próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico.

11.3.1.15 Transplantes de rins e córneas, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

11.3.1.16 Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

## 12. - Cláusula Décima Segunda EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da OPERADORA de cobrir os procedimentos relativos a:

- 12.1.1 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- 12.1.2 Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 12.1.3 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 12.1.4 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico, ou para fins estéticos;
- 12.1.5 Tratamentos odontológicos, exceto para cirurgias buco-maxilo-faciais decorrentes de acidentes pessoais, realizadas por médicos especialistas;
- 12.1.6 Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar;
- 12.1.7 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos de obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar;
- 12.1.8 Medicamentos e materiais, exceto aqueles utilizados durante o regime de internação hospitalar, ou os estritamente necessários ao atendimento ambulatorial do paciente, nos casos de urgência ou emergência, ou durante a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, quando necessários;
- 12.1.9 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 12.1.10 Medicamentos e materiais não nacionalizados e os não reconhecidos pelo órgão governamental competente;
- 12.1.11 Cirurgia plástica, além do tratamento clínico ou cirúrgico, com finalidade estética ou social;
- 12.1.12 Inseminação artificial;
- 12.1.13 Cobertura de despesas de acompanhante, exceto nos casos de internação de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos;
- 12.1.14 Tratamentos experimentais clínicos ou cirúrgicos;
- 12.1.15 Transplantes, exceto rim e córnea;
- 12.1.16 Exames admissionais, periódicos e demissionais;
- 12.1.17 Qualquer outra patologia não mencionada no CID 10

## 13. - Cláusula Décima Terceira DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

13.1. **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO:** estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes. Essa cobertura se dará da seguinte forma:

- 13.1.1 Quando do preenchimento da proposta de adesão do presente Contrato ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo (a) BENEFICIÁRIO (A) e/ou seus dependentes, em entrevista qualificada, ou seja, constatada através de exames ou perícias que algum(ns) beneficiário(s) seja(m) portador(es) de qualquer doença ou

- lesão, o (a) BENEFICIÁRIO(A) optará pela **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** ou pelo **Agravo**.
- 13.1.2 Ao optar pela **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** o BENEFICIÁRIO terá a cobertura suspensa por um período de 24 (vinte e quatro) meses, para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes.
- 13.1.3 Se optar pelo **Agravo** terá a cobertura integral dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças e lesões preexistentes, mediante o acréscimo no valor da mensalidade pelo prazo de 24 meses.
- 13.1.4 Findo prazo de 24 meses, a Cobertura Parcial Temporária (CPT) se extingue, passando o BENEFICIÁRIO a ter direito a cobertura integral.
- 13.1.5 Fica o BENEFICIÁRIO obrigado a informar à contratada, através da entrevista qualificada, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato.
- 13.1.6 Será escolhido pelo BENEFICIÁRIO, um médico para proceder à entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o BENEFICIÁRIO.
- 13.1.7 Caso o BENEFICIÁRIO opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.
- 13.1.8 A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.
- 13.1.9 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, as alternativas de coberturas e demais consequências em relação a sua omissão.
- 13.1.10 Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor.
- 13.1.11 A operadora poderá comprovar o conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.
- 13.1.12 À operadora caberá o ônus da prova.
- 13.1.13 A operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.
- 13.1.14 Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o BENEFICIÁRIO terá que ser comunicado imediatamente pela operadora.
- 13.1.15 Caso o BENEFICIÁRIO não concorde com a alegação, a operadora deverá encaminhar a documentação pertinente a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 13.1.16 Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 13.1.17 Após julgamento e acolhida à alegação da operadora pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da existência de doença e/ou lesão.

