

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

PRIMA SAÚDE PARÁ
REGISTRO ANS Nº 406463991

**TIPO DE CONTRATAÇÃO
INDIVIDUAL E FAMILIAR**

**COBERTURA DA SEGMENTAÇÃO
AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

ÍNDICE

CLÁUSULAS

PÁGINA

| | | |
|----|--------------------------------------------------------|----|
| 1 | ➤ QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA..... | 3 |
| 2 | ➤ QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE..... | 3 |
| 3 | ➤ OBJETO DO CONTRATO..... | 3 |
| 4 | ➤ NATUREZA DO CONTRATO..... | 3 |
| 5 | ➤ NOME COMERCIAL-NÚMERO DE REGISTRO NA ANS..... | 4 |
| 6 | ➤ TIPO DE CONTRATAÇÃO..... | 4 |
| 7 | ➤ TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL..... | 4 |
| 8 | ➤ REGIÃO DE ABRANGÊNCIA..... | 4 |
| 9 | ➤ PADRÃO ACOMODAÇÃO..... | 4 |
| 10 | ➤ INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS..... | 4 |
| 11 | ➤ COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS..... | 5 |
| 12 | ➤ EXCLUSÕES DE COBERTURA..... | 8 |
| 13 | ➤ DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES..... | 9 |
| 14 | ➤ DA EMERGÊNCIA E DA URGÊNCIA..... | 11 |
| 15 | ➤ DO REEMBOLSO..... | 11 |
| 16 | ➤ DA REMOÇÃO..... | 12 |
| 17 | ➤ CARÊNCIAS..... | 12 |
| 18 | ➤ VIGÊNCIA..... | 13 |
| 19 | ➤ CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA..... | 13 |
| 20 | ➤ FORMAÇÃO DE PREÇO..... | 13 |
| 21 | ➤ PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA..... | 13 |
| 22 | ➤ REAJUSTES..... | 14 |
| 23 | ➤ CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO..... | 14 |
| 24 | ➤ RESCISÃO DO CONTRATO..... | 15 |
| 25 | ➤ MECANISMOS REGULAÇÃO..... | 15 |
| 26 | ➤ DISPOSIÇÕES GERAIS..... | 16 |
| 27 | ➤ DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS..... | 17 |
| 28 | ➤ DO FORO..... | 17 |
| 29 | ➤ DEFINIÇÕES GERAIS..... | 19 |

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE 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, CEP: 66.055-000, 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, denominada **BENEFICIÁRIO TITULAR**, identificada na Proposta de Adesão com os seguintes dados: Nome, CPF, Cédula de Identidade – Órgão Expedidor, Data de Nascimento, Sexo, Endereço para Correspondência, Telefone Residencial, Celular, e-mail, Filiação, Endereço para Cobrança, Telefone Comercial.
- 2.2. **No caso de TITULAR menor de idade, colocar** Nome, CPF, Data do Nascimento e Sexo do Responsável.
- 2.3. A proposta de adesão é peça integrante deste instrumento contratual e será assinada pelas partes, sendo a contratada representada pelo corretor identificado com nome e código.
- 2.4. Mantêm-se nesta relação contratual a condição de **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, as pessoas indicadas expressamente na proposta de adesão.

3. - Cláusula Terceira OBJETO DO CONTRATO

- 3.1. A Operadora que é qualificada como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde compromete-se com a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde Médica, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, conforme previsto no inciso I do §1º, do artigo 1º da Lei 9.656/98, exclusivamente através de terceiros, na forma de rede credenciada de prestadores, informada no Guia Médico deste plano, obedecendo a abrangência geográfica, observando a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos e suas atualizações instituído pela Agência Nacional de Saúde, aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos na Proposta de Adesão, na forma e condições deste instrumento.
- 3.2. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e a recuperação e manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente os termos deste instrumento, em especial, a cobertura contratada.

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, conforme artigos: 54 do código

de Defesa do Consumidor e 458 a 461 do Código Civil de 2002, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato aleatório, assumindo o 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 SAÚDE PARÁ** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **406463991**.

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 + OBSTETRÍCIA.

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 para o plano contratado, a critério do **BENEFICIÁRIO**, na área de abrangência geográfica qualificada como **Grupo de Municípios**, compreendida pelos seguintes Municípios: ANANINDEUA, ABAETETUBA, BARCARENA, BRAGANÇA, CAPANEMA, CASTANHAL, MARABÁ, MARITUBA, PARAGOMINAS, SANTARÉM, TUCURUÍ e XINGUARA, Estado do PARÁ.

9. - Cláusula Nona

PADRÃO ACOMODAÇÃO

9.1 O **BENEFICIÁRIO** e seus dependentes terão direito, em caso de internação hospitalar, em acomodação **privativa (apartamento)**, de acordo com o plano contratado. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao BENEFICIÁRIO 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 Proposta de Adesão 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 Contraprestação Pecuniária 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 cobertura assistencial 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 ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, estando assegurada a inclusão desde o deferimento da guarda provisória em processo de adoção 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) BENEFICIÁRIO(a) adotante.
- 10.7 O Contratante deverá responder por todos os dados incluídos na Proposta de Adesão, apresentando os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como Carteira de Identidade, CPF ou Certidão de Nascimento e Casamento e comprovante de residência. É também responsável pelo preenchimento do seu documento de Declaração de Saúde e de cada um de seus dependentes.
- 10.8 A Operadora fornecerá para cada BENEFICIÁRIO regularmente inscrito no presente contrato, a 1ª via do cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação expedido pelos Órgãos Oficiais.

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.

11.1.2 Incluem-se ainda nas consultas médicas, os seguintes atendimentos prestados por profissionais de saúde, por ano contratual, não cumulativos:

- a) Consulta/sessão de nutrição – 6 sessões;
- b) Consulta/sessão de terapia ocupacional – 6 sessões;
- c) Psicoterapia – 12 sessões;
- d) Consulta/sessão de fonoaudiologia – 6 sessões.

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, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação e constantes 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 e/ou com diretriz de utilização:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia ambulatorial;
- c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) Hemoterapia ambulatorial;
- e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- f) Análise de DNA para diversas doenças genéticas;
- g) Fator V Leiden, Análise de mutação;
- h) Hepatite B – Teste quantitativo;
- i) Hepatite C – Genotipagem;

- j) HIV, Genotipagem;
- k) Dímero D;
- l) Mamografia digital.

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:
- 11.3.2 A cobertura de **INTERNAÇÕES HOSPITALARES**, conforme padrão de acomodação contratada, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, desde que devidamente justificados através de relatório médico, consoante à boa prática médica, 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.
- 11.3.3 A cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificados através de relatório médico e consoante com a boa prática médica;
- 11.3.4 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, abrangendo, inclusive, a mama colateral.
- 11.3.5 Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico.
- 11.3.6 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 e 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) Procedimentos de Fisioterapia;
- 11.3.7 A cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.
- 11.3.8 A cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada.
- 11.3.9 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;
- 11.3.10 Cobertura dos custos de honorários de médico credenciado, de acordo com os termos e condições do Contrato;
- 11.3.11 Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- 11.3.12 Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- 11.3.13 Alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar limitada aos recursos do estabelecimento.

- 11.3.14 A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgão e membros.
- 11.3.15 Os BENEFICIÁRIOS terão direito a próteses, órteses e seus acessórios, quando ligados ao ato cirúrgico.
- 11.3.16 Transplantes de rins e córneas, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.
- 11.3.17 Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:
- a) As despesas assistenciais com doadores vivos, durante a internação para o transplante;
 - 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.
- 11.3.18 Os Beneficiários, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar 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.

11.4 OBSTETRÍCIA

- 11.4.1 A BENEFICIÁRIA Titular ou a dependente, terá direito as seguintes coberturas de assistência OBSTÉTRICA:
- a) Pré-natal, as intercorrências da gravidez e o parto, desde que solicitadas pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela Operadora;
 - b) Acompanhante indicado pela mulher/parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
- 11.4.2 Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doenças e Lesões Preexistentes ou aplicação de CPT ou Agravo, cumprida a carência de 300 (trezentos dias) para parto.

11.5 TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

- 11.5.1 Estão cobertos pelo presente Contrato os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas:

11.6 NO REGIME AMBULATORIAL ESTÃO COBERTOS:

- 11.6.1 Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 11.6.2 Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumulativas.
- 11.6.2.1 Considera-se em situação de crise a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente.
- 11.6.3 Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento.

11.7 EM REGIME HOSPITALAR ESTÃO COBERTAS:

- 11.7.1. As internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais;

- 11.7.2 O Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano contratual, não cumulativas, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise conforme atestado pelo médico assistente;
- 11.7.3 Além do custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação hospitalar, os Beneficiários e seus dependentes estarão cobertos por mais 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumulativos, de tratamento em regime de hospital-dia, sendo que para os diagnósticos especificados de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura será extensiva a 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual.
- 11.7.4 O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano contratual, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.
- 11.7.5 Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar exceda os limites previstos no presente Contrato, ou seja, 30 (trinta) dias de internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral e/ou 15 (quinze) dias de internação em hospital geral, por ano contratual, não acumuláveis, haverá a co-participação obrigatória referente ao período excedente, por parte do BENEFICIÁRIO, do percentual determinado na legislação vigente à época da contratação, ou seja, **50% (cinquenta por cento)**, das despesas hospitalares e honorários médicos de internação, o qual fará os pagamentos diretamente à Operadora.

12. - Cláusula Décima Segunda EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 12.1. **NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO**, como obrigação da **Operadora** de cobrir os procedimentos relativos à:
- 12.1.1 Casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- 12.1.2 Pagamento de despesas antes do cumprimento dos prazos de carência, assim como qualquer atendimento relacionado a doenças e lesões preexistentes à data do início de vigência desse Contrato e pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, quando estiver cumprindo Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- 12.1.3 Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 12.1.4 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 12.1.5 Tratamentos clínico ou cirúrgico experimental, assim definidos pela autoridade competente;
- 12.1.6 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico, ou para fins estéticos;
- 12.1.7 Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar;
- 12.1.8 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos em clínicas de emagrecimento clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em regime hospitalar;
- 12.1.9 Medicamentos e materiais, para tratamento domiciliar ou ambulatorial (consultório);
- 12.1.10 Medicamentos e materiais não nacionalizados e os não reconhecidos pelo órgão governamental competente-ANVISA;
- 12.1.11 Inseminação artificial;

12.1.12 Cobertura de despesas de acompanhante, exceto no caso de internação de BENEFICIÁRIOS menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;

12.1.13 Transplantes, exceto rim e córnea;

12.1.14 Fornecimento de quimioterápicos orais, não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente - ANVISA, assim como interferon, interleucina e remicade, exceto aqueles utilizados em regime de internação hospitalar;

12.1.15 Aluguel de equipamentos, aparelhos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar;

12.1.16 Fornecimento, confecção, conserto, aluguel de equipamentos, aparelhos ortopédicos e tudo que for relacionado à assistência médica domiciliar;

12.1.17 Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) em pacientes menores de 18 (dezoito anos);

12.1.18 Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) em pacientes maiores de 18 (dezoito anos) com miopia inferior a 5 graus ou acima de 10 graus, com ou sem astigmatismo associado com grau acima de 4.0.

12.1.19 Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) em pacientes maiores de 18 (dezoito anos) com hipermetropia acima de 6 graus, com ou sem astigmatismo associado com grau acima de 4.0.

12.1.20 Procedimentos odontológicos;

12.1.21 Remoção por via aérea;

12.1.22 Todos e quaisquer procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento;

12.1.23 Exames admissionais, periódicos e demissionais;

12.1.24 Qualquer outra patologia não mencionada no CID 10.

13. - Cláusula Décima Terceira DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

13.1. Para fins do presente Contrato, são consideradas Doenças e Lesões Preexistentes aquelas das quais o BENEFICIÁRIO/CONTRATANTE saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

13.2. O BENEFICIÁRIO deverá informar à Operadora, a condição sabida de Doenças e Lesões Preexistentes, previamente à época da assinatura do Contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656 de 1998.

13.3. O BENEFICIÁRIO será orientado a preencher a declaração de saúde, através da Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO, a qual é parte integrante obrigatória deste Contrato e padronizada pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

13.4. No momento da contratação do plano ou adesão contratual, o BENEFICIÁRIO deverá preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada, elaborada pela Operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o mesmo saiba ser portador ou sofredor e, das quais tenha conhecimento.

13.5. O BENEFICIÁRIO poderá escolher um médico para auxiliá-lo no preenchimento da entrevista qualificada, pertencente a lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o mesmo.

13.5.1 Caso o BENEFICIÁRIO opte por ser orientado por médico não pertencente a lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus desta entrevista.

13.6. 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.

- 13.7 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do BENEFICIÁRIO a existência de Doenças e Lesões Preexistentes, o BENEFICIÁRIO, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, deverá optar, por declaração expressa, na Proposta de Adesão, entre as seguintes alternativas: Cobertura Parcial Temporária – CPT ou Agravo.
- 13.7.1 Cobertura Parcial Temporária (CPT) – aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura dos procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidade Coronariana e Unidade Intermediária) e procedimentos de alta complexidade (PAC), definidos no Rol de Procedimentos de Alta Complexidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, relacionados exclusivamente às Doenças e Lesões Preexistentes.
- 13.7.1.1 Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão do plano de saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme segmentação contratada e prevista na Lei nº. 9.656, de 1.998.
- 13.8 Agravo consiste no **ACRÉSCIMO FINANCEIRO NO VALOR DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS** que serão pagas à Operadora para que o BENEFICIÁRIO tenha direito a cobertura integral contratada, para Doença ou Lesão Preexistente declarada, de acordo com as condições negociadas entre as partes.
- 13.9 O Agravo será redigido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas devendo constar menção expressa do percentual ou valor e o período de vigência do mesmo.
- 13.10 A opção do CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO pela Cobertura Parcial Temporária - CPT ou Agravo não exclui a obrigatoriedade do cumprimento dos prazos de carência previstos neste Contrato.
- 13.11 É vedada à alegação de omissão de informação de Doença Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO pela Operadora.
- 13.12 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.
- 13.13 Identificado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a Operadora deverá comunicá-lo imediatamente a alegação de omissão de informação através de Termo de Comunicação, conforme legislação vigente.
- 13.14 Após a identificação do indício de fraude, a Operadora poderá:
- Oferecer a cobertura parcial temporária ou o agravo, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou adesão ao plano, e/ou,
 - Solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde – ANS, após recusa do BENEFICIÁRIO à CPT ou Agravo.
- 13.15 À Operadora caberá o ônus da prova.
- 13.16 A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.
- 13.17 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.
- 13.18 Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 13.19 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.

- 13.20 Com parecer favorável à Operadora, apenas poderá ser excluído o BENEFICIÁRIO que foi parte integrante do processo administrativo.
- 13.21 No caso de o excluído ser o BENEFICIÁRIO Titular, este poderá transferir a titularidade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais BENEFICIÁRIO do plano Contratado.
- 13.22 Até a publicação do encerramento do processo administrativo pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS é vedada sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de Contrato.

14. - Cláusula Décima Quarta DA EMERGÊNCIA E DA URGÊNCIA

- 14.1 Estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, para os casos de urgência e emergência, entendendo-se, e nos termos da lei, como:
- 14.2 **Emergência**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e;
- 14.3 **Urgência**, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- 14.3.1 Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que por si só independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico.
- 14.4 Na urgência e emergência, em que o **BENEFICIÁRIO** se encontre em período de carência e/ou no período de Cobertura Parcial Temporária, referente às Doenças e/ou Lesões Preexistentes, que haja necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e ou procedimentos de alta complexidade, o **BENEFICIÁRIO** terá a cobertura somente em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 14.5 Caso seja necessária, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de 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, a partir da internação a ser do **BENEFICIÁRIO**, não cabendo nenhum ônus à (Operadora).
- 14.6 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato, sem restrições, de acordo com os termos e condições do Contrato.
- 14.7 A (Operadora) garantirá o atendimento de urgência e emergência quando se referir ao processo gestacional (risco e complicações gestacionais), mesmo que em cumprimento de carência, pelo período de 12 horas ou até que haja necessidade de internação conforme **Resolução Consu nº 13/98**.
- 14.8 A remoção, nos casos de atendimento de urgências e emergências, obedecerá aos critérios determinados neste Contrato.

15. - Cláusula Décima Quinta DO REEMBOLSO

15.1 A Operadora assegurará o reembolso no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, dentro da abrangência geográfica contratada, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados.

15.2 Reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de recebimento dos documentos originais abaixo relacionados.

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
 - b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar ou óbito; tempo de permanência adulto ou neo-natal.
 - c) Conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
 - d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos CRM's discriminando funções e o evento a que se referem;
 - e) Comprovações relativos aos serviços de exames complementares de diagnose e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- 15.3 Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à Operadora, no prazo máximo de até 12 meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar. Após esse período, o reembolso ficará sujeito à nova análise e prazo.
- 15.4 Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a Operadora poderá solicitar do BENEFICIÁRIO documentação ou informações complementares sobre o procedimento em questão, o que acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias a partir desta entrega.
- 15.5 O reembolso será pago ao CONTRATANTE, sendo indispensável à apresentação de seu CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.
- 15.6 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO.

16. - Cláusula Décima Sexta DA REMOÇÃO

- 16.1 Fica assegurada a remoção do **BENEFICIÁRIO**, realizados por serviços credenciados e através de ambulância terrestre, desde que comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.
- 16.2 Haverá garantia de remoção terrestre, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo serviço prestador para continuidade de atenção ao paciente.
- 16.3 Haverá garantia de remoção terrestre para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, limitada até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento, quando caracterizada, pelo médico assistente, nos seguintes casos:
- a) Do **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação;
 - b) Em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.
- 16.4 Caberá a **Operadora** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários, visando a continuidade do atendimento.
- 16.5 Na remoção, a **Operadora** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 16.6 Nos casos em que o **BENEFICIÁRIO** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura do termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em serviço prestador diferente de uma unidade do SUS, a **Operadora** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da continuidade do atendimento e da remoção.
- 16.7 Se não for possível a remoção sem provocar risco de vida do paciente e encontrando-se o mesmo em período de carência, ou não cobertura contratual, o **BENEFICIÁRIO** e o serviço prestador, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento, desobrigando-se a **Operadora** desse ônus.

- 16.8 Não haverá cobertura de custos para remoção de paciente de sua residência ou local de trabalho para hospital.

17. - Cláusula Décima Sétima CARÊNCIAS

- 17.1 A aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos no plano contratado, cuja contagem dar-se-á a partir da data da assinatura da proposta de adesão, do contrato ou do primeiro pagamento da contraprestação pecuniária, vinculado aos seguintes prazos de carência:
- a) **24 horas** para os casos de urgência e emergência.
 - b) **30 (trinta) dias** para cobertura de consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.
 - c) **180 (cento e oitenta) dias** para cobertura de exames e procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais e especiais;
 - d) **180 (cento e oitenta dias)** para internação clínica e cirúrgica;
 - e) **180 (cento e oitenta dias)** para internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos, excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.
 - f) **300(trezentos) dias** para parto a termo.

18. - Cláusula Décima Oitava VIGÊNCIA

- 18.1 O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data da assinatura da Proposta de Adesão, do Contrato ou do primeiro pagamento da mensalidade, o que ocorrer primeiro.

19. - Cláusula Décima Nona CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

- 19.1 O Contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carências.

20. - Cláusula Vigésima FORMAÇÃO DE PREÇO

- 20.1 O preço será Pré-estabelecido, quando o pagamento do valor da contraprestação pecuniária é efetuado pelo BENEFICIÁRIO antes da utilização das coberturas contratadas.

21. - Cláusula Vigésima Primeira PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

- 21.1 A contraprestação pecuniária que o (a) BENEFICIÁRIO (a) pagará à OPERADORA, decorrente deste Contrato, será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS, individualmente, inscritos no presente Contrato, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na Proposta de Adesão respectiva, respeitadas as faixas etárias dos beneficiários inscritos.
- 21.2 Caso o (a) BENEFICIÁRIO (a) não receba o seu boleto bancário ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar a Operadora.
- 21.3 O não recebimento do boleto bancário ou outro instrumento de cobrança não desobriga o (a) BENEFICIÁRIO (a) de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

- 21.4 Os pagamentos deverão ser feitos até o dia **do vencimento de cada mês**, conforme escolhido na Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em dia feriado ou que não haja expediente bancário, na rede bancária indicada pela OPERADORA, ou outras localidades, também por ela indicadas, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela OPERADORA.
- 21.5 O recebimento pela OPERADORA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em renovação contratual ou transação.
- 21.6 O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.
- 21.7 Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da contraprestação pecuniária, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros 1% (um) por cento ao mês.
- 21.8 O pagamento das contraprestações pecuniárias referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

22. - Cláusula Vigésima Segunda REAJUSTES

- 22.1** A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do Contrato conforme legislação vigente e suas atualizações, mediante prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou qualquer outro órgão federal estabelecido pelo governo, sem prejuízo da variação por faixa etária.

22.2 FAIXAS ETÁRIAS

- 22.2.1 Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior à seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA

| FAIXA ETÁRIA | % AUMENTO |
|---------------------|------------------|
| 00 a 18 anos | 0% |
| 19 a 23 anos | 30% |
| 24 a 28 anos | 10% |
| 29 a 33 anos | 9% |
| 34 a 38 anos | 10% |
| 39 a 43 anos | 10% |
| 44 a 48 anos | 29,9% |
| 49 a 53 anos | 15% |
| 54 a 58 anos | 25% |
| 59 ou mais | 70,368% |

23. - Cláusula Vigésima Terceira CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 23.1 A exclusão de BENEFICIÁRIOS poderá ser realizada mediante pedido por escrito do responsável do Contrato, na data do vencimento da contraprestação pecuniária.
- 23.2 O CONTRATANTE obriga-se a devolução do cartão de identificação destinada ao uso do sistema, pertencente ao(s) BENEFICIÁRIO(s) excluído(s), assegurando-se a Operadora o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento.

- 23.3 No caso de exclusão do CONTRATANTE ou BENEFICIÁRIO titular, o cônjuge BENEFICIÁRIO ou BENEFICIÁRIO de maior idade passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados.
- 23.4 Os BENEFICIÁRIOS perderão sua condição quando:
- a) Morte do titular;
 - b) Cônjuge ao se separar judicialmente;
 - c) Os filhos solteiros ao atingirem 18 anos;
 - d) Os estudantes ao completarem 24 anos;
 - e) O enteado, sob guarda por força de decisão judicial e o tutelado, que ficam equiparados aos filhos, ao atingirem a maior idade.
 - f) Perda do grau de parentesco ou afinidade de dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO Titular.
 - g) Prática de fraude, quaisquer omissão, falsidade, inexactidão ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão, mediante procedimento administrativo específico.
 - h) Fornecimento de informações incompletas e/ou inverídicas na Declaração de Saúde, quando aplicável, do BENEFICIÁRIO Titular e seus dependentes, conforme modalidade contratual, mediante procedimento administrativo específico;
 - i) Prática de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita.

24. - Cláusula Vigésima Quarta RESCISÃO DO CONTRATO

- 24.1 A Operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente o presente Contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.
- 24.2 O exercício do direito da rescisão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.
- 24.3 Caso haja utilização do plano, pelo BENEFICIÁRIO no período inadimplente, fica garantido à Operadora o uso dos recursos legais necessários para cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.
- 24.4 Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este Contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.
- 24.5 A omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo CONTRATANTE para auferir vantagens próprias ou para seus dependentes é reconhecida como violação ao Contrato, permitindo a Operadora buscar a rescisão do Contrato por fraude, bem como indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

25. - Cláusula Vigésima Quinta MECANISMOS REGULAÇÃO

- 25.1 Os serviços **contratados**, serão prestados pelos estabelecimentos e profissionais credenciados, expressamente indicados no "Indicador Médico", em anexo, **de acordo com os termos do Contrato**.
- 25.2 Os atendimentos serão realizados primeiramente por médicos integrantes do corpo clínico próprio, cabendo a ele o encaminhamento para outro profissional credenciado da CONTRATADA para o Plano escolhido e em estabelecimento de saúde, relacionados no Indicador Médico, exceto para os casos de Urgência ou Emergência.
- 25.3 As solicitações de exames, terapias e/ou procedimentos requisitadas por médicos não credenciados deverão ser submetidos à análise e aprovação da Operadora, sendo certo que nestes casos os honorários médicos dos profissionais não pertencentes à rede credenciada ou própria da Operadora ou do plano escolhido, correrão por conta do CONTRATANTE.
- 25.4 **Os exames e tratamentos que necessitam de autorização prévia serão gerenciados pela Operadora de acordo com o disposto na Resolução CONSU nº 08/98, os termos do Contrato e do "Indicador Médico".**

- 25.5 Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente em formulário específico e disponibilizado pela Operadora ou quando não credenciado em Receituário Timbrado, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.
- 25.6 O pedido médico deverá ser apresentado na **Central de Emissão de Guias** da Operadora que emitirá a autorização no prazo de um dia útil a partir do momento da solicitação.
- 25.7 Nos casos de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, deverá comunicar a Operadora do serviço utilizado, em até 2 (dois) dias úteis subseqüentes ao atendimento.
- 25.8 A Operadora garante, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta médica constituída por 3 profissionais sendo um nomeado pelo BENEFICIÁRIO, outro pela Operadora e por um terceiro, escolhido por ambas as partes, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.
- 25.9 Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina na mesma localidade da Operadora.
- 25.10 Cada uma das partes pagará os honorários e despesas do médico que nomear, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela Operadora, conforme previsto no artigo 4º, parágrafo V, da Resolução CONSU nº 08, de 03 de novembro de 1998.
- 25.11 As Internações Hospitalares ficam a critério do Médico Assistente.
- 25.12 O prazo de internação, fixado pela Operadora, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.
- 25.13 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à Operadora a solicitação de prorrogação.
- 25.14 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.
- 25.15 Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência, o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador do serviço, credenciado pela Operadora, o Cartão de Identificação do BENEFICIÁRIO, fornecido pela Operadora, além do documento de identidade do BENEFICIÁRIO-paciente e a guia de procedimento previamente emitida pela Operadora.
- 25.16 Em caso de internação hospitalar, exceto para os casos caracterizados como de urgência e emergência o BENEFICIÁRIO deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no subitem anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela Operadora.
- 25.17 Quando da necessidade de utilização de serviços para a cobertura dos quais a Operadora não possuir estabelecimentos de saúde e/ou profissionais contratados ou credenciados na região de abrangência, especificamente relacionados no "Indicador Médico" anexo ao presente Contrato, a Operadora deverá indicar outros credenciados em localidade o mais próxima possível.
- 25.18 A Operadora colocará à disposição dos BENEFICIÁRIOS, para a cobertura da assistência contratada, estabelecimentos de saúde e respectivos profissionais da área da saúde técnica e legalmente habilitados, prestando os respectivos serviços médico-hospitalares, através de meios próprios e/ou contratados.
- 25.19 A Operadora poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado "Indicador Médico", sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos, mediante **comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** ou qualquer outro órgão que vier a sucedê-la.
- 25.20 Quando houver descredenciamento de entidade hospitalar, a Operadora deverá disso dar ciência escrita ao BENEFICIÁRIO, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 25.20.1 A Operadora poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistência, proceder **mediante autorização da ANS**, à redução da quantidade de hospitais referenciados no referido "Indicador Médico".
- 25.21 Em ocorrendo os descredenciamentos, os BENEFICIÁRIOS terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante

da rede credenciada da Operadora, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

- 25.22 Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até a alta hospitalar correrão por conta da Operadora.
- 25.23 Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a Operadora responsabilizar-se-á pela transferência imediata do BENEFICIÁRIO hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

26. - Cláusula Vigésima Sexta DISPOSIÇÕES GERAIS

- 26.1. A OPERADORA fornecerá ao (à) BENEFICIÁRIO (A) e seu(s) dependente(s), regularmente inscritos no presente Contrato, a 1ª VIA dos Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória, em conjunto com o documento de identidade, sempre que os serviços ora contratados forem necessitados.
- 26.2. Pela 2ª via do cartão de identificação do Beneficiário será cobrado no ato da solicitação um valor de até R\$ 10,00 (Dez reais) por cartão emitido, este (s) será (ão) entregue (s) até o 5º (quinto) dia útil da data da referida solicitação.
- 26.3 As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo BENEFICIÁRIO, constituindo-se causa para novo Contrato, sendo que esta mudança só poderá ocorrer na data de aniversário do Contrato.
- 26.4 Quando da transferência será contabilizado o tempo de vigência deste contrato, à exceção dos novos benefícios ou da utilização da nova rede de atendimento, que cumprirão as carências determinadas para os mesmos previstas no novo plano.
- 26.5 As transferências deverão incluir todos os participantes do contrato.
- 26.6 O BENEFICIÁRIO que optar por internação hospitalar em acomodação superior, se tornará o responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos, hospitalares (diferença de acomodação) e honorários médicos. Os valores serão acertados diretamente com o hospital e os médicos assistentes, sem qualquer implicação entre o BENEFICIÁRIO e os serviços médicos/hospitalares, assumindo todos os custos decorrentes da opção pela acomodação superior.
- 26.7 O BENEFICIÁRIO obriga-se a devolver, incontinentemente, à Operadora, os cartões de identificação dos BENEFICIÁRIOS deste Contrato, em caso de sua rescisão, ou o do beneficiário dependente em caso de exclusão do Plano, imediatamente, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Contrato.
- 26.8 Pelas mesmas penas, responderá o (a) BENEFICIÁRIO (a), em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, sem a comunicação imediata e por escrito à OPERADORA, para que esta tome as providências cabíveis.
- 26.9 A autorização, por parte da Operadora de eventos não previstos ou excluídos neste Contrato não confere a Contratante direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente Contrato, caracterizando mera liberalidade da Operadora.
- 26.10 A tolerância ou a demora da Operadora 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.
- 26.11 Não é admitida a presunção de que a Operadora ou a Contratante possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato, ou de comunicações posteriores por escrito.

27. - Cláusula Vigésima Sétima DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS

- 27.1 Conforme o disposto pela RDC n.º 64, de 10 de abril de 2001, e RN n.º 21, de 12 de dezembro de 2002, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o envio de informações relativas à assistência médica prestada aos **BENEFICIÁRIOS** de planos privados de assistência à saúde, permanecem sob responsabilidade da (**Operadora**), através de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado pela Operadora junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse Coordenador, respondem pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

28. - Cláusula Vigésima Oitava DO FORO

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

E, assim, por estarem concordes nos termos acima as partes contratantes firmam o presente instrumento, em duas (2) vias de igual teor e forma, juntamente e assistidas por duas testemunhas.

Belém (Pa), _____ de _____ de _____.

O (A) BENEFICIÁRIO(A): _____

A OPERADORA: _____

Testemunhas:

Nome:
RG:

Nome:
RG:

29. - Cláusula Vigésima Nona

DEFINIÇÕES GERAIS

- **Definições:**

- 29.1 Acidente Pessoal** – é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torne necessários a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do beneficiário.
- 29.2 Agravo** – significa acréscimo no valor da mensalidade, paga ao plano ou seguro de saúde, por opção do BENEFICIÁRIO, durante a totalidade do período de vigência do contrato, em decorrência das doenças ou lesões relacionadas pelo Beneficiário ou Responsável na Declaração de Saúde, adotado como compensação pela não aplicação da Cobertura Parcial Temporária.
- 29.3 Análise de Risco** – é a análise que a operadora efetua em cada proposta de Plano, correspondente a Declaração de Saúde recebida com a finalidade de Verificar o grau de risco apresentado pelos proponentes a ser assumido.
- 29.4 Aniversário** – é a data do término do prazo de vigência do Contrato ou de cada renovação.
- 29.5 ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- 29.6 Beneficiário** – é o proponente e seus dependentes aceitos e efetivamente incluídos no plano de saúde.
- 29.7 Beneficiário Agregado** – é considerado agregado qualquer outra pessoa que mantém vínculo com o beneficiário titular, mas que não se enquadra na definição de beneficiário dependente.
- 29.8 Beneficiário Titular** – é a pessoa que contrata o plano de saúde com a operadora, responsável pelos pagamentos das mensalidades e pela veracidade das declarações da Proposta do Plano de Saúde.
- 29.9 Carência** – é o período durante o qual, o beneficiário, mesmo pagando a taxa mensal, não tem direito a determinadas coberturas.
- 29.10 Cirurgia Eletiva** – é o procedimento cirúrgico programado, em ambiente hospitalar ou ambulatorial, que não é decorrente de situações de urgência ou emergência.
- 29.11 Cobertura** – é o conjunto de procedimentos médicos hospitalares relacionados na Cláusula quinta, dos Serviços Cobertos pelo Plano, e das Condições Gerais.
- 29.12 Cobertura Parcial Temporária** – é a suspensão, por prazo de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura dos procedimentos relacionados a doenças ou lesões preexistentes e a qualquer outra a elas relacionadas, conforme o estabelecido pela lei n.º 9656/98 e suas regulamentações.
- 29.13 CONSU** – Conselho Nacional de Saúde Suplementar.

- 29.14 Consulta Médica** – é o encontro médico - paciente para fins de diagnósticos, através de anamnese e exames físicos do paciente ou para acompanhamento da evolução de uma doença, podendo ser solicitado exames complementares.
- 29.15 Data de Adesão** – é a data correspondente ao dia subsequente à quitação, na rede bancária, ou no escritório da operadora, da primeira mensalidade.
- 29.16 Declaração de Saúde** – é o documento formal e legal, parte integrante da Proposta do Plano de Saúde, tendo como objetivo principal, quando for o caso, relacionar todas as doenças de conhecimento prévio do proponente à assinatura da proposta, em relação a ele próprio e a todos seus dependentes.
- 29.17 Dependentes Beneficiáveis** – são o cônjuge, companheiro(a) e os filhos do titular, ou outros assim considerados pela legislação do imposto de Renda e da Previdência Social.
- 29.18 Doença ou Lesão Preexistente** – é aquela, inclusive as congênitas, que o proponente e ou seus dependentes saibam ser portadores e ou sofredores na época da contratação do Plano.
- 29.19 Emergência** – é o evento que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário. Para a caracterização da emergência, a operadora poderá exigir a apresentação de relatório médico e de exames complementares que o comprovem.
- 29.20 Evento** – é toda e qualquer ocorrência ou acontecimento possível de ser garantido pelo Plano de Assistência à Saúde.
- 29.21 Evento Coberto** – é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica hospitalar, verificada após o início da vigência contratual, e após cumpridos os prazos de carências, de acordo com as coberturas estipuladas no Plano de Saúde Contratado.
- 29.22 Exame complementar** – é o procedimento diagnóstico ou de acompanhamento de doença ou patologia.
- 29.23 Inclusão de Beneficiário** – é a anuência, pela operadora, do proponente e de seus dependentes à condição de beneficiários, através de suas inclusões no plano.
- 29.24 Indicador médico** – é a relação de prestadores de serviços da rede credenciada para o plano contratado, podendo ser pessoa física ou jurídica.
- 29.25 Início de Vigência** – data de início do contrato, prevista da Proposta de Adesão do plano contratado.
- 29.26 Internação eletiva** – é a internação em ambiente hospitalar que não seja decorrente de situação de urgência ou emergência.
- 29.27 Internação Hospitalar Cirúrgica** – é o período no qual o beneficiário fica hospitalizado para realizar um ato cirúrgico, compreendendo o pré - operatório, o ato cirúrgico e o pós - operatório.
- 29.28 Internação Hospitalar Clínica** – é o período no qual o beneficiário fica hospitalizado para tratamento de doenças que não exigem a realização de um procedimento cirúrgico.
- 29.29 Internação Hospitalar Programada** – é a internação hospitalar para tratamento cirúrgico ou não que, não sendo de urgência ou emergência, podem ser programados com antecedência pelo médico assistente.
- 29.30 Leito de Alta Tecnologia** – unidade de terapia intensiva, unidade de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidade intermediária, unidade coronariana, unidade de tratamento de pacientes queimados e unidade de isolamento.
- 29.31 Limite financeiro de reembolso** – limite monetário máximo, das coberturas contratadas, nos casos de reembolso.
- 29.32 Mensalidade** – é o valor pecuniário a ser pago, mensalmente e antecipadamente, pelo beneficiário titular, ou responsável à operadora, em face das coberturas previstas no contrato.
- 29.33 Operadora** – pessoa jurídica, legalmente autorizada a comercializar planos de Assistência a Saúde, estando registrada no Ministério da Saúde "Agência Nacional de Saúde Suplementar" ANS sob o nº 41508-1, conforme disposto na lei nº 9656/98.
- 29.34 Parto a termo** – é aquele que ocorre entre 38 (trinta e oito) e 42 (quarenta e duas) semanas após a concepção do feto, realizando-se quando este esteja completamente formado, maduro e pronto para a vida extra uterina.

- 29.35 Patologia/Doença/Problema de Saúde** – é a que compreendem as alterações de órgãos, sistemas ou funções do organismo, que comprometem o estado físico do beneficiário, incluindo também os sinais e sintomas existentes.
- 29.36 Plano de Assistência à Saúde** – é a prestação continuada de serviços com cobertura dos custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde do beneficiário.
- 29.37 Procedimento estético** – é aquele que não visa a recuperação funcional de um órgão ou sistema.
- 29.38 Procedimento médico** - é o procedimento médico ou terapêutico executado por profissional de especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
- 29.39 Procedimento/Intervenção Ambulatorial** – é o procedimento médico, distinto daquele que exige internação hospitalar, procedimento para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindida de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviço como recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares.
- 29.40 Procedimentos de Alta Complexidade** – são as: tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, angiografias (digital ou não), bioimpedanciometria, ecocardiogramas, quimioterapia anti-neoplásica, litotripsia, radioterapia, braquioterapia, eletroencefalografias, polissonografias, endoscopias (digestiva alta e baixa, laparoscopias, pleuroscópicas, cardíacas e otorrinolaringológicas), testes de função pulmonar, Holters de pressão arterial e frequência, hemodiálises e diálises peritoneais e hemodiafiltrações, estudos cardíacos hemodinâmicos (cateterismo), estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), estudos ultra-sonográficos invasivos e monitorização de pressão intracraniana.
- 29.41 Proponente** – é a pessoa que propõe o seu ingresso no plano de saúde e que passará a condição de beneficiário somente após a anuência da operadora.
- 29.42 Proposta de Adesão ao Plano de Saúde** – é o documento formal, parte integrante do contrato, no qual o proponente expressa a intenção de ingressar no plano de saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos, bem como informando à operadora seus dados pessoais e de seus dependentes, se houver, junto da Declaração de Saúde preenchida e assinada.
- 29.43 Reajuste Financeiro** – é a atualização do valor das mensalidades em função da variação dos custos médicos, hospitalares e operacionais da Operadora, que será aplicada a todos os beneficiários.
- 29.44 Reajuste Técnico** – é a atualização do valor das mensalidades, decorrente de alteração no nível de sinistralidade dos planos de assistência à saúde.
- 29.45 Rede Credenciada** – é a rede de atendimento, composta por prestadores de serviços, pessoas física ou jurídica, habilitadas a atender qualquer evento coberto pelo contrato, de acordo com as condições do plano contratado, em nome, por conta e desde que devidamente autorizado pela operadora.
- 29.46 Rede Não Credenciada** – é a instituição de saúde, pública ou privada, que não pertencem à rede credenciada da Operadora.
- 29.47 Reembolso** – é o ressarcimento, ao titular, das despesas médicas e hospitalares efetuadas por ele ou por seus dependentes beneficiários do plano, desde que cobertas pelo contrato. O valor do reembolso será calculado de acordo com o estabelecido no contrato. Nestes casos de reembolso, não haverá cobertura para retornos, uma vez que o reembolso somente ocorrerá em comprovadas situações de urgência e/ou emergência em que não foi comprovadamente possível ao usuário utilizar-se da rede credenciada da operadora.
- 29.48 Serviço Auxiliar Terapêutico** – procedimento solicitado por médico com o objetivo de colaborar ou facilitar a recuperação da saúde, ainda que o mesmo não seja realizado por médico.
- 29.49 Sinistralidade** – é o conjunto de eventos incorridos na carteira de beneficiários de um plano de saúde.
- 29.50 Sinistro** – é o termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto pelo contrato.
- 29.51 SUSEP** – Superintendência de Seguros Privados.

- 29.52 Transtorno Psiquiátrico/Situação de Crise** – é a situação que implique em risco de vida ou de danos físicos para o beneficiário ou a terceiros (incluídas ameaças e tentativa de suicídio e auto agressão), bem como risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 29.53 Tratamento** – é a medida destinada a recuperação da saúde.
- 29.54 Urgência** – é o evento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Para a caracterização desta situação, a operadora poderá exigir a apresentação de relatório médico e de exames complementares que a comprovem.