

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO**a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que fazem entre si, de um lado, como CONTRATADA, Tuiuiu Administradores de Plano de Saúde Ltda, operadora de Plano de Assistência à Saúde com sede na Rua Carvalho Alvim, 261 -Tijuca - Rio de Janeiro - RJ, inscrita no CNPJ sob o n.º 04.002.216/0001-47, classificada como sociedade de medicina de grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o n.º 41.225-2, conforme a Lei nº 9656/1998.

b) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social:

Endereço:

Bairro:

CEP:

CNPJ:

Tel.

Representante:

Complemento:

E-mail:

Município:

UF:

Inscrição Estadual:

Contato:

CPF:

c) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

O presente contrato refere-se ao plano de saúde denominado **Premium III** cujo n.º correspondente registrado junto à Agência Nacional de Saúde é **479.004/17-9**.

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO

A modalidade contratada é identificada como Coletivo Empresarial e destina-se à Pessoa Jurídica, onde a cobertura da atenção prestada à população é delimitada e vinculada CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, podendo ainda ser incluído no plano os dependentes legais devidamente inscritos e autorizados na Proposta de Adesão.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação contratada é AMBULATORIAL.

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Este contrato possui a obrigação da cobertura da assistência médica na área de abrangência relativa ao Grupo de Municípios referente aos municípios de: Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu e Queimados.

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Este contrato possui como área de atuação os seguintes municípios: Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu e Queimados.

h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

Por se tratar de Plano com Segmentação Ambulatorial, NÃO HÁ DIREITO À ACOMODAÇÃO. No entanto será assegurado leito de URGENCIA E EMERGENCIA, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em regime de pronto atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

h) FORMAÇÃO DE PREÇO

O valor da contraprestação pecuniária, a ser efetuado pelo CONTRATANTE, e seus beneficiários, pertinente à cobertura assistencial contratada, baseia-se no sistema pré-estabelecido entre as partes contratantes.

INSTRUMENTO JURÍDICO**CLÁUSULA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

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

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

1.2 Este contrato objetiva cobrir serviços de assistência médica, ambulatorial e tratamentos, diagnóstico e terapia. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e a recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data do evento.

CLÁUSULA II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. Está garantida a cobertura contratada à todos os beneficiários vinculados à CONTRATANTE, por relação empregatícia ou estatutária.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

a. vínculo empregatício ou estatutário.

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

a) O cônjuge;

b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.

c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

d) Os tutelados e os menores sob guarda;

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

Os filhos que ultrapassarem a idade limite (24 anos) serão automaticamente excluídos da relação de dependência, podendo, a partir daí, contratar outro Plano, aproveitando as carências já cumpridas, desde que permaneçam as mesmas condições do plano no qual foi desligado, se solicitado no prazo de 30 dias do desligamento.

2. DO FILHO ADOTIVO MENOR DE 12 (DOZE) ANOS

Os filhos, provenientes de Guarda, Tutela ou Adoção, menores de 12 (doze) anos, do Beneficiário poderão ser inscritos com aproveitamento dos períodos de carência, já cumpridos pelo beneficiário adotante, conforme o artigo 12, inciso VII da Lei 9.656/98, bem como não será aplicado a Cláusula de Cobertura Parcial Temporária, caso a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção.

A não observação do prazo de 30 (trinta) dias, ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

4. DO CÔNJUGE

O cônjuge de o Beneficiário titular, poderá ser inscrito com aproveitamento dos períodos de eventuais carências já cumpridas por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e sua inscrição ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

A não observação do prazo de 30 (trinta) dias ensejará o cumprimento integral dos períodos de carência.

5. Poderá ainda participar como Beneficiário do Plano:

I – Os sócios da pessoa jurídica contratante;

II – Os administradores da pessoa jurídica contratante;

III – Os temporários;

IV – Os estagiários e menores aprendizes;

6. Por ocasião da contratação do plano de saúde a CONTRATANTE deverá encaminhar a CONTRATADA:

Cópia do Contrato Social com a última alteração;

Cartão do CNPJ;

Comprovante de Endereço e telefone;

Relação dos funcionários inscritos no FGTS ou outro documento que comprove o

Vínculo do titular com a CONTRATANTE

7. É de responsabilidade da CONTRATANTE, manter atualizada, através do Formulário Cadastral, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, e as

informações indicadas nos formulários, tais como: n. CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe, endereço do beneficiário titular, profissão e outros.

CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

Todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS:

Aos BENEFICIÁRIOS serão asseguradas as seguintes coberturas, conforme relacionado a seguir:

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

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme;

III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos;

IV - Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com as orientações dispostas nas Diretrizes e Clínicas e Diretrizes de Utilização;

V - Cobertura de psicoterapia de acordo com as orientações dispostas nas Diretrizes Clínicas e

Diretrizes de Utilização, podendo ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

VI - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VII - cobertura das ações de planejamento familiar, de acordo com as normas vigentes, para segmentação ambulatorial, onde se inclui:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

IX - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como 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;

X - cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

XI - cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de 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;

XII - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta resolução, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) 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 a 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

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.

XIII - cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;

XIV - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

XV - cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XVI - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

CLÁUSULA IV- EXCLUSÕES DE COBERTURA

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

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

III - inseminação artificial, entendida como 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;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Anexo II desta RN e, ressalvado o disposto no artigo 13 desta Resolução Normativa;

VII - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

Entende-se por Prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

Entende-se por Órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

XII - Todos os procedimentos constantes na segmentação odontológica;

XIII - Procedimentos que demandem internação em unidade hospitalar;

XIV - Procedimentos que necessitem de estrutura hospitalar por mais de 12 horas ou serviços como UTI, e similares.

XV - Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

XVI - Quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;

XVII - Embolizações; e

XVIII - Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS XIX - vigente à época do evento.

XX - Vacinas e autovacinas.

XXI - curativos, salvo nas urgências e emergências e cirurgias ambulatoriais.

XXII - Medicina Ortomolecular.

CLÁUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 meses, contados da data da assinatura do contrato. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

Será adotada a data da assinatura do contrato como base para aplicação do Reajuste anual.

CLÁUSULA VI – PERÍODO DE CARÊNCIA

Em se tratando de contratação com número maior ou igual a 30 (trinta) Beneficiários não será exigido o cumprimento de prazo de carência para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Caso haja carência no plano coletivo, a contagem para cada Beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

Prazos de Carência

24 (vinte e quatro) horas- cobertura para os casos de emergências e urgências, com repouso até 12 (doze) horas se necessário e remoção para hospital público se caracterizar necessidade de internação.

07 (sete) dias- para Consultas Médicas Ambulatoriais Eletivas.

30 (trinta) dias para EXAMES e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Nebulizações, Lavagem Auricular, Sutura de Ferimentos, Drenagem de Abscessos, Imobilizações, Engessamentos, Curativos Ambulatoriais, Exames laboratoriais, (exceto os classificados como alta complexidade (PAC), tais como cargas virais para hepatites e HIV, geno tipagens virais, exames de genética), Eletrocardiografia Convencional.

30 (trinta) dias para Orientação Médica Telefônica e Atendimento de Urgência e Emergência Domiciliar.

60 (sessenta) dias para EXAMES COMPLEMENTARES AMBULATORIAIS

Eletroencefalograma Convencional, Exames Radiológicos não Contrastados, Colposcopia, Colpocitologia, Preventivo do Câncer Ginecológico.

120 (cento e vinte) dias para: Fisioterapia, Acupuntura, Infiltrações, Testes Alérgicos, Provas Imunoalérgicas, Ultrassonografias, Audiometrias, Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares

150 (cento e cinquenta) dias para: Endoscopia digestiva alta, Ecocardiografia, Rx Contrastado, Holter, MAPA, Teste Ergométrico, Eco Doppler, Neurofisiologia (Eletroneuromiografias e potenciais evocados), Provas de função respiratória, Mamografias e Exames Anatomopatológicos

180 (cento e oitenta) dias para TODOS OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAIS, listados no Rol de procedimentos e suas atualizações, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos do Plano Ambulatorial, quando solicitados pelo médico assistente, mesmo se realizados em ambiente

hospitalar, mas, desde que não se caracterize como internação hospitalar ou procedimentos para fins

de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, necessitem de apoio hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de recuperação anestésica, UTI, CETIN e similares, Cirurgias Oftalmológicas, Tomografias computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, densitometria óssea, Exames e Terapias com Medicina Nuclear (Ex.: Cintilografias), Mapeamento Cerebral, Quimioterapia Ambulatorial, Radioterapia Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva Hemodiálise e Diálise Peritoneal), Hemoterapia Ambulatorial, Psicoterapia de crise, conforme diretrizes do Rol de Procedimentos, Exames Laboratoriais Classificados como Alta Complexidade (PAC) pelo Rol de Procedimento da ANS e suas atualizações do plano ambulatorial..

CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O Beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas nas Resoluções vigentes.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

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

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão

preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

O Agravado será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravado e período de vigência do Agravado.

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

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

A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

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

Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

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

Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica CONTRATANTE.

CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A CONTRATADA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

A cobertura deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, e será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas em Regime de Pronto Atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

DA REMOÇÃO

A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

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

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Da Remoção para o SUS:

À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

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

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos: Nota fiscal e relatório médico caracterizando a urgência e emergência.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA IX – MECANISMO DE REGULAÇÃO

Cartão De Identificação Do Beneficiário

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os Beneficiários cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à CONTRATADA, arcando com as despesas da confecção de outra via.

Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

Autorizações Prévias

Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

O pedido médico deverá ser apresentado à Central de Emissão de Guias da CONTRATADA que emitirá resposta pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à CONTRATADA, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

Da Junta Médica

A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso,

arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempataador deverá ser paga pela operadora.

Serviços Próprios e Rede Credenciada

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

A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele atendimento ou por meio da internet.

A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

Da Franquia

Do Fator Moderador- Franquia

A Franquia é um mecanismo de regulação aprovado pela Agência Nacional de Saúde, regulado através da CONSU N° 8 de 1998 e consiste no valor estabelecido no contrato de plano privado de

assistência à saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

Este contrato prevê a participação do beneficiário no pagamento de cada procedimento. Este valor será pago diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser de responsabilidade contratual da operadora.

TABELA DA FRANQUIA EM VALOR UNITÁRIO

Itens	Procedimentos	Unidade SV SAÚDE*
1	Consultas ambulatoriais em todas as especialidades	5
2	Todos os atendimentos de urgência, entendidos como Acidentes Pessoais ou complicações no processo Gestacional.	0
3	Terapia ambulatorial e exames ambulatoriais que não entram na listagem de alta complexidade, sendo que a franquia será por evento unitário	2
4	Terapia ambulatorial e exames na listagem de alta complexidade que necessitam de autorização prévia	20

***Valor da Unidade SV SAÚDE (U.M) vide anexo 1 (Tabela de Venda)**

- O valor da Franquia (U.M) será corrigido na periodicidade do índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde ou, na sua ausência, por índice que o substitua.

CLÁUSULA X – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor da contraprestação pecuniária baseia-se no sistema pré-pagamento a ser efetuado pela CONTRATANTE pagar à CONTRATADA, no local, forma e nos prazos fixados, sendo a

mensalidade calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos e suas características de distribuição por faixa etária.

As faturas referentes aos serviços mensais prestados, emitidas pela CONTRATADA, deverão ser pagas pela EMPRESA quando do seu vencimento, ou seja, nos dias 10 (dez), 20 (vinte) ou 30 (trinta) do mês da competência da prestação dos serviços, conforme vencimento

preestabelecido por ambas as partes, salvo a fatura inicial cujo vencimento será 05(cinco) dias da sua apresentação.

A 1ª (primeira) fatura do Contrato, levará em conta o número de USUÁRIOS constantes da Relação Inicial. As movimentações (inclusões e/ou exclusões) ocorridas neste período serão consideradas a partir dos próximos faturamentos.

As demais faturas serão processadas sempre 15 (quinze) dias antes do vencimento de cada mês, com base na posição do cadastro de USUÁRIOS em poder da CONTRATADA e sempre tomando como referência o mês da competência da prestação dos serviços, sendo que eventuais acertos serão processados no faturamento do mês seguinte.

Os pagamentos deverão ser feitos até a data de seu vencimento na rede bancária indicada pela CONTRATADA, ou outros locais, também por ela indicados, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer outro documento determinado pela CONTRATADA. O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

O não recebimento da fatura, boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga a EMPRESA de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

As faturas correspondentes a serviços não cobertos e/ou solicitados e autorizados pela EMPRESA, bem como os referentes ao uso indevido, deverão ser pagas dentro de 5 (cinco) dias de sua apresentação, desde que sejam justificadas pela CONTRATADA, que deverá fornecer todos os comprovantes necessários para a cobrança.

O pagamento da fatura, após o vencimento, ficará sujeito à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso e juros de 1% (um por cento) ao mês.

O pagamento total dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

Não haverá distinção quanto ao valor de contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles que já estejam vinculados.

A participação do Empregador no pagamento da mensalidade dos Beneficiários Titulares corresponde a.....()% .

A participação do empregador no pagamento da mensalidade dos Dependentes corresponde a()%

Os valores acima podem ser aplicados de forma per capita ou por faixa etária.

A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere a fatura mensal.

CLÁUSULA XI – REAJUSTE

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços Médio (IGPM). Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 02 meses em relação a data-base de aniversário, considerado este o mês de assinatura do Contrato.

. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico atuarial do contrato, este será reavaliado.

2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70 % (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

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

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

4. OS contratos com até 29 vidas, serão agrupados e reajustados de acordo com o índice estabelecido pela formulação a seguir:

Da Determinação Dos Fatores

$$FMH = (CMH1 / BEX1) X (BEX2 / CMH2)$$

Onde: FMH = Fator Médico Hospitalar

CMH1 = Custo médio Médico Hospitalar observado nos últimos doze meses (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período de 12 meses).

CMH2 = Custo médio Médico Hospitalar observado nos últimos doze meses anteriores a CMH1 (total das despesas médico / hospitalares pagas pela operadora no período dos 12 meses anteriores aos observados em CMH1).

BEX1 = Beneficiários Expostos nos últimos doze meses. (total de beneficiários com direito a utilização do plano, ou seja, já ter cumprido as carências do plano no período de 12 meses).

BEX2 = Beneficiários Expostos nos últimos doze meses anteriores a BEX1 (total de beneficiários com direito a utilização do plano, ou seja, já ter cumprido as carências do plano anteriores aos observados em BEX1 no período de 12 meses).

$$FSN = (soma\ dos\ 12\ últimos\ EMI / soma\ das\ 12\ últimas\ CPM) / (SMX / 100)$$

Sendo: FSN = Fator de Sinistralidade

EMI = Evento Mensal Indenizável (Despesas pagas à rede credenciada pela operadora nos últimos 12 meses)

CPM = Contraprestação mensal (contribuições recebidas dos beneficiários dos planos considerados no cálculo nos últimos 12 meses)

SMX = Sinistralidade Máxima suportável pela operadora, prevista em contrato (percentual máximo estabelecido em contrato previsto para pagamento das despesas com eventos indenizáveis).

5. Do Reajuste A Ser Aplicado – ReajCalc

Se $FSN \leq 1 \Rightarrow ReajCalc = ReajANS$

Se os Eventos Indenizáveis (despesas Médicas e Hospitalares) forem inferiores ou iguais à sinistralidade máxima (SMX), estabelecida em contrato, o reajuste a ser aplicado será igual ao reajuste estabelecido pela ANS (ReajANS) para os planos Individuais / Familiares.

Se $FSN > 1 \Rightarrow ReajCalc = \text{máximo}(FMH ; FSN ; ReajANS)$

Se os Eventos Indenizáveis (despesas Médicas e Hospitalares) forem superiores à sinistralidade máxima (SMX), estabelecida em contrato, o reajuste a ser aplicado será o maior entre o FMH = Fator Médico Hospitalar, FSN = Fator de Sinistralidade e o ReajANS = reajuste estabelecido pela ANS para os planos Individuais / Familiares.

6. Para manter o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato fica estabelecida a meta de sinistralidade de 70 % (Smx).

7. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

8. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

9. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

10. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

11. Havendo alteração no número de vida durante a vigência contratual, o Reajuste anual, será aplicado levando-se em conta o quantitativo existente na época da Renovação Contratual.

CLÁUSULA XII - FAIXAS ETÁRIAS DEPOIS RN 63/03

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 da contraprestação pecuniária, observadas a 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 a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003

FAIXA ETÁRIA	% AUMENTO
00 a 18 anos	-
19 a 23 anos	36,36%
24 a 28 anos	0,00%
29 a 33 anos	0,00%
34 a 38 anos	6,67%
39 a 43 anos	6,24%
44 a 48 anos	29,42%
49 a 53 anos	17,53%
54 a 58 anos	20,16%
59 ou mais	41,61%

CLÁUSULA XIII – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

1. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

2.1 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

2.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

3 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

4 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria;

5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

6. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes;

7. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho;

8. A condição de beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados;

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

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

10.1 É assegurado aos Beneficiários dependentes o direito de se manterem no plano caso o Beneficiário Titular aposentado vier a falecer antes de exercer o direito de manutenção.

O pagamento realizado a título de coparticipação não caracteriza contribuição para o plano a fim de garantir o direito de manutenção.

Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;

b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;

c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;
Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

CLÁUSULA XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

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

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

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

3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

4. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

CLÁUSULA XV – RESCISÃO

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

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

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

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

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

CLÁUSULA XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a

Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Guia do Usuário;

O (A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

O (A) CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 5,00, (cinco) reais sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

São adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

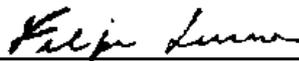
TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA XVII – ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem o foro do domicílio do CONTRATANTE para os casos de litígios ou pendências judiciais, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2023



TUIUIU ADMINISTRADORES DE PLANO DE SAÚDE LTDA

NOME DO RESPONSÁVEL DA EMPRESA