

<p>CONTRATO DE COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE, que entre si fazem, de um lado, SAMEL PLANO DE SAÚDE LTDA., com sede na cidade de Manaus, estado do Amazonas, Av. Joaquim Nabuco, nº 1550, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 84.537.141/0001-38 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 36.709-5, na modalidade Medicina de Grupo, doravante denominada simplesmente Operadora, e, de outro lado, a Pessoa Jurídica abaixo qualificada, neste ato denominada simplesmente Contratante, ambas representadas pelos seus representantes legais que este subscrevem, regendo-se pelas seguintes cláusulas e condições gerais e especiais:</p>	Nº
	Início de vigência: 01/11/2024
	PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

1. DADOS GERAIS

Qualificação da Contratante

Razão Social	INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH				
Nome Fantasia	HOSPITAL DELPHINA RINALDI AZIZ				
Endereço	AV TORQUATO TAPAJOS. 9250 AV TORQUATO TAPAJOS. 9250				
Bairro	COLÔNIA TERRA NOVA	CEP	69.093-415	Cidade/UF	MANAUS/ AM
CNPJ / MF	23.453.830/0022-02	Inscrição Estadual	ISENTO		
Telefone	(92) 3090-0500	Fax		E-Mail	contratos.chzn@indsh.org.br

1.2. Plano Contratado

1.2.1. Identificação – o(s) Plano(s) Contratado(s), com o seu **nome comercial**, **número de registro na ANS** e **padrão de acomodação em internação**, é(são) aquele(s) a seguir indicado(s):

Opção (X)	Nome Comercial	Nº de Reg. na ANS	Acomodação Hospitalar
X	Plano máster empresarial	414.538/99-1	Plano Enfermaria
X	Plano máster executivo	478.519/17-3	Plano Apartamento

1.2.2. Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial + Contributário total.**

1.2.3. Tipo de Segmentação Assistencial - **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.**

1.2.4. Área Geográfica de Abrangência – **Municipal – município de Manaus.**

1.2.5. Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, **pré-estabelecidos.**

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. Objeto

- 2.1.1. Este contrato tem por objeto a cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica e Hospitalar (“Contrato”).
- 2.1.2. A cobertura contratual compreende partos e tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como os procedimentos expressamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento.

2.2. Natureza Jurídica

- 2.2.1. Este Contrato reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, tratando-se de contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do Código Civil.
- 2.2.2. A este Contrato aplicam-se, igualmente, as normas estatuídas na Lei nº 9.656/98 e, subsidiariamente, as disposições da Lei nº 8.078/90 (“Código do Consumidor”), especialmente, por tratar-se de contrato de adesão, o disposto no artigo 54 desta Lei.

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 3.1. A inclusão no Contrato da pessoa física na condição de Beneficiário Titular conforme cláusula 3.2. abaixo, juntamente com os seus dependentes elegíveis, somente será efetivada quando expressamente solicitada pela Contratante.

3.2. Elegibilidade e Prazos para Inclusão de Beneficiários Titulares e Dependentes no Contrato

- 3.2.1. O Grupo Elegível é o conjunto de pessoas, devidamente caracterizado pelo vínculo jurídico concreto à Contratante, homogêneo em relação a uma ou mais características objetivas, sendo individualmente denominado Beneficiário Titular, devendo a vinculação ser caracterizada por relação empregatícia ou estatutária, podendo também abranger:
- a) os sócios da Contratante;
 - b) os administradores da Contratante;
 - c) os demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, anteriormente vinculados à Contratante, ressalvado o disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da

Lei nº 9.656;

- d) os agentes políticos;
- e) os trabalhadores temporários;
- f) os estagiários e os menores aprendizes.

3.2.1.1. Para efeitos deste Contrato, o Grupo Elegível é composto, portanto, por pessoas comprovadamente vinculadas à Contratante nos termos do artigo 5º, *caput* e incisos I a VI do parágrafo 1º, da RN/ANS nº 557, sendo certo que:

- a) o Contrato poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a); filhos e/ou dependentes legalmente equiparados a filhos, solteiros, de até 21 (vinte e um) ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitários; filhos e/ou dependentes legalmente equiparados a filhos, inválidos, de qualquer idade (“Dependentes”);
- b) o rol de elegibilidade de Dependentes, previamente acordado entre Operadora e Contratante, não poderá ser alterado na vigência do Contrato.

3.2.1.2. O Beneficiário Titular somente poderá incluir no Contrato, fazendo-os constar na Ficha de Inscrição Cadastral, os Dependentes previstos no rol de dependentes elegíveis previamente acordado entre Contratante e Operadora.

3.2.2. Desde que o número de Beneficiários inscritos no Contrato seja igual ou superior a 30 (trinta), os componentes do Grupo Elegível que tenham sua inclusão no Contrato solicitada pela Contratante, bem como de seus Dependentes elegíveis, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de início de vigência contratual, estarão isentos do cumprimento de quaisquer prazos de carências.

3.2.2.1. Na manutenção do Contrato, desde que o número de participantes seja igual ou superior a trinta Beneficiários, não haverá exigência de cumprimento de prazos carenciais quando:

- a) os Beneficiários titulares que ingressarem nos quadros da Contratante após o início de vigência do Contrato, tenham sua inclusão no Contrato solicitada pela Contratante, bem como de seus dependentes elegíveis, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de sua vinculação à Contratante;
- b) o cônjuge ou companheiro(a) legal do Beneficiário Titular, cuja elegibilidade se caracterize na vigência contratual, tenha sua inclusão no Contrato solicitada pela Contratante no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da data do casamento ou da aquisição da condição de companheiro(a) legal.

3.2.2.2. Sendo o número de participantes igual ou superior a 30 (trinta), os Beneficiários elegíveis, titulares ou dependentes, que, por qualquer razão, não sejam incluídos

no Contrato nos prazos acima previstos, poderão ser incluídos posteriormente, mas estarão, sempre, sujeitos ao cumprimento integral dos prazos de carência previstos na cláusula 7 deste Contrato.

- 3.2.2.3. Sendo o número de participantes menor que 30 (trinta), independentemente da época em que ocorra a inclusão do beneficiário, titular ou dependente, no Contrato, haverá a exigência do cumprimento dos prazos carenciais e/ou de cobertura parcial temporária previstos neste contrato.
- 3.2.3. **O recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, pode ser inscrito no Contrato em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, desde que apresentada a documentação pertinente, observando-se que:**
- a) **a inscrição pode ser exercida quando o Beneficiário Titular for o pai ou a mãe;**
 - b) **a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela Operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência por qualquer dos pais;**
 - c) **o cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no Contrato;**
- 3.2.3.1. **O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser incluído no Contrato pelo Beneficiário Titular, seu responsável legal, em até 30 (trinta) dias da tutela ou da guarda.**
- 3.2.3.2. **O recém-nascido incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias na forma dos subitens 3.2.1.1. e 3.2.1.2., mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Operadora, terá aproveitamento pleno das carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular, pai ou mãe ou, conforme o caso, responsável legal.**
- 3.2.3.3. **O menor de 12 (doze) anos, não caracterizado como recém-nascido, adotado pelo Beneficiário Titular, ou sob guarda ou tutela deste, pode ser incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias da adoção, guarda ou tutela, com aproveitamento pleno dos períodos de carência já cumpridos pelo adotante, seja ele pai ou mãe ou, conforme o caso, responsável legal.**
- 3.2.3.4. **O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser incluído no Contrato em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, com aproveitamento pleno dos períodos de carência já cumpridos pelo pai, desde que este seja o Beneficiário Titular.**
- 3.2.3.5. **Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, os novos dependentes, estarão sujeitos ao cumprimento integral das condições individuais de carências, fixadas neste Contrato.**

3.2.3.6 Para efeito dos subitens anteriores, serão considerados os prazos de carência máximos previstos na cláusula 7 deste Contrato.

3.2.4 Não haverá alegação de doença ou lesão preexistente quando o Dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

- a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de Beneficiário, pai ou mãe, inscrito no Contrato;
- b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal inscrito, como Beneficiário, no Contrato;
- c) na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade.

3.2.4.1 Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de *doença ou lesão preexistente (DLP)*, bem como a imposição de *cobertura parcial temporária (CPT)*.

3.2.5. À Operadora é concedido o prazo de até 72 horas úteis, contados a partir da data de recebimento da Ficha de Inscrição Cadastral ou da solicitação expressa de inclusão de dependentes, para, considerando os critérios de legitimidade da elegibilidade definidos contratualmente, efetivar, ou não, a inclusão do Beneficiário Titular e/ou de Dependente seu no Contrato, obedecendo o período de movimentação cadastral a ser estabelecido entre as partes.

3.2.5.1. Idêntico prazo é concedido à Contratante, desde que ainda não tenha havido utilização de quaisquer serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo Contrato, para manifestar expressamente a sua intenção de desistência de inclusão do Beneficiário.

3.2.5.2. Em ambas as situações, a Operadora obriga-se a devolver à Contratante os valores eventualmente já pagos pela mesma.

3.2.6. Nenhuma inclusão de Dependentes será válida sem a prévia aprovação da Operadora.

3.3. Início da Cobertura Individual

3.3.1. A cobertura individual dos Beneficiários, Titulares ou Dependentes, incluídos após o início de vigência do Contrato, e desde que observados os prazos acima previstos, começará a vigorar na data de protocolização na Operadora da comunicação da Contratante, solicitando a inclusão dos mesmos, **data a partir da qual passará a ser devida a respectiva Mensalidade individual e em que se iniciará a contagem dos períodos de carência e/ou de CPT, quando cabíveis.**

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS (DESPESAS COBERTAS)

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste Contrato, a Operadora garantirá, dentro dos limites do Plano Contratado, a cobertura das despesas relativas a partos e tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como a integralidade do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, ressaltando-se que:

- a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- o atendimento, dentro da segmentação e da área geográfica de abrangência da cobertura contratual, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

4.1. ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

4.1.1. Consultas Médicas

Serão cobertas as despesas com Consultas Médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

4.1.2. Exames para Diagnóstico

Serão cobertas as despesas com os Exames para Diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizados em regime ambulatorial (mesmo que em ambiente hospitalar), quando solicitados pelo médico assistente ou, nos casos de natureza exclusivamente odontológica, pelo cirurgião dentista assistente.

4.1.3. Procedimentos Terapêuticos

Serão cobertas as despesas com os Procedimentos Terapêuticos a seguir indicados, realizados em regime ambulatorial, quando prescritos pelo médico assistente:

Reeducação e Reabilitação Física (Fisioterapia)

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento, com os procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizados em regime ambulatorial, em número ilimitado de sessões, que podem ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, quando prescritas pelo médico assistente.

Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento, com consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, quando prescritas pelo médico assistente e de acordo com o estabelecido nas *Diretrizes de Utilização*, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento.

Psicoterapia

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento, com sessões de psicoterapia quando prescritas pelo médico assistente e de acordo com o estabelecido nas *Diretrizes de Utilização*, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento, que podem ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

Procedimentos Especiais

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento, com os tratamentos terapêuticos abaixo relacionados, considerados especiais no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizadas em regime ambulatorial (mesmo que em ambiente hospitalar), quando prescritos pelo médico assistente:

- *Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;*
- *Quimioterapia oncológica ambulatorial;*
- *Radioterapia;*
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- *Hemoterapia ambulatorial;*
- *Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.*

4.1.4. Planejamento Familiar

Serão cobertas as despesas com ações de planejamento familiar, que devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas, de forma específica, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento, incluindo:

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

4.1.5. **Cirurgias Ambulatoriais**

Serão cobertas as despesas com cirurgias de pequeno porte, inclusive aquelas de natureza oftalmológica, realizadas em regime ambulatorial, sem necessidade de internação hospitalar, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento,.

4.1.6. **Atendimentos em unidades de Pronto-Socorro e de Pronto Atendimento**

Serão cobertas as despesas com atendimentos realizados em unidades de pronto-socorro, geral ou especializado, ou de pronto atendimento, abrangendo:

- consulta médica de urgência;
- atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência;
- permanência, se necessária, em instalação adequada para observação clínica, pelo período máximo de 12 (doze) horas;
- aplicação de injeções, curativos e inalações de urgência;
- taxa de sala de gesso ou de cirurgia ambulatorial;
- medicamentos, anestésicos, gases medicinais e materiais hospitalares, administrados durante a permanência do paciente no pronto-socorro.

4.1.7. **Remoções**

Serão cobertas as despesas com remoção inter-hospitalar (de hospital para hospital) do Beneficiário em ambulância, por via terrestre e por recomendação médica, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Contrato, quando satisfeitas as seguintes condições:

- seja a remoção decorrente de evento coberto pelo Contrato;
- impossibilidade de locomoção do paciente por outro meio de transporte, a critério médico;
- seja a remoção destinada a fornecer ao Beneficiário as condições ou recursos médico-hospitalares indispensáveis ao seu tratamento, não disponíveis no local em que se encontra.

4.2. INTERNAÇÕES HOSPITALARES

As despesas cobertas decorrentes de Internações Hospitalares do Beneficiário, de ordem clínica, cirúrgica ou obstétrica, por indicação médica, de acordo com a natureza da doença

ou porte da cirurgia, em conformidade com os critérios estabelecidos neste Contrato e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, abrangem:

4.2.1. Despesas Hospitalares

- cobertura de todas as modalidades de internação hospitalar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- cobertura de exames complementares indispensáveis para o 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 hospitalar;
- cobertura de taxas de sala, equipamentos e serviços, incluindo materiais utilizados;
- cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:
 - crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - idosos a partir do 60 anos de idade;
 - pessoas portadoras de deficiências.

4.2.2. Honorários Médicos

São cobertas as despesas com honorários médicos, relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação hospitalar, de acordo com a natureza do tratamento médico prestado e/ou porte dos procedimentos realizados, observando-se que:

- os honorários médicos incluem os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliares, anestesista e instrumentador cirúrgico.
- nos casos de cirurgia, a assistência pré e pós operatória estará incluída nos limites fixados para honorários médicos.

4.2.3. As Internações Clínicas serão cobertas nos casos agudos, de Emergência ou Urgência, que não possam ser tratados ambulatorialmente.

4.2.4. Estão cobertas as despesas médico-hospitalares para cirurgias plásticas reparadoras (como tal entendidas aquelas que se destinem, exclusivamente, à restauração de funções ou órgãos).

4.2.4.1. Estão, igualmente, cobertas as despesas médico-hospitalares para os procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados, de forma específica para a segmentação hospitalar, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento, realizadas por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.2.4.2. Também estão cobertas as despesas médico-hospitalares para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, com utilização de todos os meios e técnicas necessárias, para tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer, incluindo todos os procedimentos previstos, de forma específica para a segmentação hospitalar, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento.

4.2.5. É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária para a realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.2.6. Os Beneficiários serão acomodados, sem ônus adicional, em acomodação superior àquela contratada quando, no momento da internação, não houver leito disponível nesse nível. Contudo, tão logo uma vaga de leito em nível contratual seja disponibilizada, será efetuada a transferência do paciente.

4.2.7. É certo que a assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, se dará, exclusivamente, a critério do médico assistente.

4.3. Estão cobertos os seguintes procedimentos considerados especiais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- *Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;*
- *Quimioterapia oncológica ambulatorial;*

- *Radioterapia;*
- *Hemoterapia;*
- *Nutrição parenteral ou enteral;*
- *Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;*
- *Embolizações;*
- *Radiologia intervencionista;*
- *Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;*
- *Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento.*

4.4. COBERTURA DE EVENTOS ESPECIAIS

4.4.1. **Doenças Infecto-Contagiosas e de Notificação Compulsória**

4.4.1.1. **AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)**

Serão cobertas as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus Dependentes incluídos no Contrato, junto a médico ou estabelecimento médico, decorrentes de AIDS e suas conseqüências.

4.4.1.2. **Outras Doenças Infecto-Contagiosas e de Notificação Compulsória**

Serão cobertas as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus Dependentes incluídos no Contrato, decorrentes das demais Doenças Infecto-Contagiosas, de Notificação Compulsória ou não, previstas na CID-10, e suas conseqüências.

4.4.2. **Transplantes**

4.4.2.1. Serão cobertas as despesas médico-hospitalares, decorrentes de Internações Hospitalares, efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus Dependentes incluídos no Contrato, em razão de qualquer dos transplantes de **córnea, rim e autólogo/alogênio de medula** e os que venham a ser listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento.

4.4.2.2. A cobertura de Transplantes abrange, ainda, as despesas com procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação que normatiza tais procedimentos, entendendo-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

- as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da Operadora à qual está vinculado o beneficiário receptor;
- os medicamentos utilizados durante a internação;
- o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio,

excetuando-se os medicamentos de manutenção;

- as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos a serem transplantados, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

4.4.2.3. Os Beneficiários, candidatos a transplantes 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 seleção, observando-se que a lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

4.4.3. Saúde Mental

4.4.3.1. Estão cobertos todos os procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

4.4.3.2. Ressalta-se que a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

4.4.3.3. A cobertura psiquiátrica em regime ambulatorial garantirá:

- a) Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao Beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados

4.4.3.4. A cobertura psiquiátrica em regime hospitalar garantirá o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, consecutivos ou não, não cumulativos, no transcorrer de um ano de vigência do Contrato, sendo certo que, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, a cobertura passará a ser parcial, com co-participação da Contratante, estipulada em 50% (cinquenta por cento) das despesas efetivamente incorridas.

4.4.3.4.1. É certo que esse percentual de co-participação não poderá exceder o limite máximo específico estabelecido pela ANS conforme normativo vigente na época da contratação.

4.4.3.5. Também será garantida a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia para transtornos mentais, que será dada em conformidade com o estabelecido nas *Diretrizes de Utilização*, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento.

4.5. COBERTURA OBSTÉTRICA

4.5.1. **A cobertura de parto somente será garantida quando a mãe seja beneficiária inscrita no Contrato e já tenha cumprido o prazo de carência específico, contratualmente previsto.**

4.5.2. **Desde que os prazos carenciais contratualmente previstos para, conforme o caso, consultas eletivas, exames ambulatoriais e partos a termo já tenham sido integralmente cumpridos**, a cobertura obstétrica abrangerá:

- assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários;
- assistência, cirúrgica ou não, ao parto e puerpério;
- despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, de um acompanhante, indicado pela parturiente, durante o:
 - pré-parto;
 - parto;
 - pós- parto, por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente, ou por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.
- assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de seu Dependente inscrito no Contrato, durante os primeiros 30 dias após o parto;
- garantia de inclusão do recém-nascido no Contrato, com isenção de carências e/ou de CPT ou Agravo, desde que essa inclusão seja solicitada antes que se encerre o período de 30 dias acima referido.

4.5.3. *Pós-parto imediato* é entendido como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

4.5.4. Ressalta-se que, em conformidade com a legislação vigente, o parto normal (não cirúrgico) poderá ser realizado tanto por médico como por enfermeiro obstétrico habilitado.

5. DESPESAS NÃO COBERTAS (EXCLUSÕES DE COBERTURA)

Estão expressamente excluídas da cobertura do Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato, havendo ou não internação hospitalar, prevalecendo esta cláusula sobre as demais, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados:

- 5.1. Métodos diagnósticos e/ou terapêuticos e tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, experimentais, assim considerados aqueles: a) que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas / não regularizados no país; b) que são considerados experimentais pelo CFM ou CFO; c) cujas indicações não constem da bula / manual registrada na ANVISA.**
- 5.2. 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.**
- 5.3. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.**
- 5.4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim com em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.**
- 5.5. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados (assim entendidos aqueles sem registro vigente na ANVISA).**
- 5.6. Fornecimento de produtos para a saúde (próteses, órteses e materiais) importados não nacionalizados (assim entendidos aqueles sem registro vigente na ANVISA).**
- 5.7. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde.**
- 5.8. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologia do Ministério da Saúde – CITEC.**
- 5.9. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.**

- 5.10. **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.**
- 5.11. **Atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.**
- 5.12. **Transplantes, à exceção daqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento.**
- 5.13. **Atendimentos em clínicas para acolhimento de idosos.**
- 5.14. **Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.**
- 5.15. **Procedimentos odontológicos, excetuando-se, exclusivamente, aqueles relacionados a cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial.**
- 5.16. **Tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, de doenças não listadas na CID-10, bem como procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento.**

6. DURAÇÃO DO CONTRATO (VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO)

- 6.1. Este Contrato terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, ressaltando-se que as partes contratantes podem negociar uma data posterior para o início da vigência do Contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à Operadora.
- 6.2. Após o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, em não havendo manifestação contrária das partes com prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência, o Contrato será automaticamente renovado por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, conforme prevê o artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 7.1. O quadro geral de carências, abaixo indicado, deverá ser aplicado em respeito e conformidade com as coberturas expressamente previstas neste Contrato e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, sendo certo que os prazos indicados, quando cabíveis, começarão a ser contados a partir da data de inclusão do Beneficiário no Contrato:
 - 24 (vinte e quatro) horas: Atendimentos nos casos de urgência e emergência, como definidos no artigo 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98;
 - 300 (trezentos) dias: Cobertura de partos a termo;

-- 180 (cento e oitenta) dias: Demais casos.

- 7.2. **A redução dos prazos de carência, eventualmente concedida pela Operadora, não alterará as demais condições do Contrato, principalmente aquelas relativas a Limitações de Cobertura e Exclusões.**
- 7.3. **Nos casos em que o Grupo de Beneficiários (composto por titulares mais dependentes) vinculado ao Contrato tenha número de participantes maior ou igual que 30 (trinta), não poderá haver exigência do cumprimento de prazos de carência quando o Beneficiário tenha sua inclusão solicitada em até 30 (trinta) dias do início de vigência do Contrato ou de sua vinculação à Contratante.**

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 8.1. Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) - 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, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN/ANS nº 162, ou em outra que a suceda.
- 8.2. Cobertura Parcial Temporária (CPT) - é aquela que admite, por 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal.
- 8.3. 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 a Contratante e o Beneficiário Titular, em conjunto.
- 8.4. O Beneficiário Titular deverá preencher declaração de saúde, no momento da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente, informando o conhecimento de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998, observando-se que:
- a) o Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais credenciados ou referenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o Beneficiário;
 - b) caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma

o ônus financeiro dessa entrevista;

- c) 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 de sua inclusão no Contrato, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações;
- d) a Operadora se reserva o direito de exigir, complementarmente à Declaração de Saúde, exame ou perícia médica do Beneficiário Titular e/ou de seus Dependentes, assumindo o ônus integral pela sua realização, sendo certo que, nos termos do artigo 5º, parágrafo 4º, da RN/ANS nº 162, após a realização do exame ou perícia, a Operadora fica proibida de alegar, posteriormente, omissão de informação de DLP.

8.5. Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o Beneficiário, observando-se que:

- a) **caso a Operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, obrigatoriamente, oferecer CPT, podendo, se entender conveniente, oferecer, facultativamente, o Agravo como opção à CPT;**
- b) **caso a Operadora não ofereça CPT no momento da contratação ou da inclusão no Contrato, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo;**
- c) **havendo acordo de CPT, a Operadora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia (unidades de terapia intensiva, de qualquer tipo) e os procedimentos de alta complexidade (conforme especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS), quando relacionados diretamente à(s) DLP especificada(s)**

8.5.1. Caso não seja aceita a cláusula de CPT ou, se facultativamente oferecida, de Agravo, a Ficha de Inscrição Cadastral respectiva será cancelada, sendo devolvidos à Contratante os valores que, eventualmente, já tenham sido pagos à Operadora.

8.6. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente no plano privado de assistência à saúde, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 18 da RN/ANS nº 162, podendo, alternativamente:

- a) **oferecer CPT ao Beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de**

recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da inclusão no Contrato;

- b) oferecer o Agravo (como opção à CPT), na forma do art. 7º da RN/ANS nº 162;**
- c) solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à CPT.**

8.6.1. Relativamente ao processo administrativo por alegação de DLP, deve ser ressaltado que:

- a) à Operadora caberá o ônus da prova;
- b) a Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação de sua alegação;
- c) não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão da cobertura individual, assim como a exclusão unilateral do Beneficiário do Contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, desde que o Contrato permaneça em vigor e o Beneficiário esteja em dia com suas obrigações contratuais;
- d) após julgamento e acolhida à alegação da Operadora pela ANS, o Beneficiário Titular 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 Termo de Comunicação ao Beneficiário, alegando a omissão de informação de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistentes, no momento da inclusão no Contrato.

8.7. Nos casos em que o Grupo de Beneficiários (composto por titulares mais dependentes) vinculado ao Contrato tenha número de participantes maior ou igual que 30 (trinta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, quando o Beneficiário tenha sua inclusão solicitada em até 30 (trinta) dias do início de vigência do Contrato ou de sua vinculação à Contratante.

9. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

9.1. Serão cobertas as despesas com atendimento nos casos de 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 de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, na forma do disposto no artigo 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98.**

9.1.1. Os atendimentos de emergência ou de urgência reger-se-ão pela garantia da

atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

- 9.1.2. **Nos casos em que o atendimento de urgência e emergência se refira ao processo gestacional, em que a Beneficiária esteja em cumprimento de prazo de carência para parto a termo, observam-se as seguintes peculiaridades:**
- a) **caso a Beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida;**
 - b) **caso a Beneficiária ainda não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, é garantida a cobertura pelo período de 12 (doze) horas ou até que haja a necessidade de internação, o que ocorrer primeiro.**
- 9.1.3. **Nos casos em que o atendimento de Emergência ou Urgência seja decorrente de doença ou lesão preexistente sobre a qual exista acordo de cobertura parcial temporária, a cobertura estará limitada às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, realizado em pronto-socorro geral ou especializado.**
- 9.1.4. **Enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais para eventos que requeiram internação hospitalar, a cobertura estará limitada às 12 (doze) primeiras horas do atendimento, realizado em pronto-socorro geral ou especializado, exceto nos casos em que a urgência decorra de acidente pessoal, para os quais a cobertura é garantida, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da inclusão do Beneficiário no Contrato.**
- 9.1.5. **Nos casos de atendimento em que a atenção não venha a se caracterizar, nos termos do artigo 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98, como de emergência ou urgência, não haverá a obrigatoriedade, por parte da Operadora, de cobertura, ambulatorial ou hospitalar, de eventual continuidade do atendimento, enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais.**
- 9.1.6. **Nos casos de atendimento de Emergência ou Urgência decorrente de doença ou lesão preexistente sobre a qual exista acordo de cobertura parcial temporária, se ficar caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou a necessidade de internação hospitalar, a Operadora deverá garantir a cobertura de remoção para uma unidade do SUS, sendo certo que:**
- a) **quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário (ou o seu representante legal) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus;**

- a) **cabará à Operadora 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;**
 - b) **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;**
 - c) **quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da unidade indicada, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**
- 9.1.6.1. **Idêntico procedimento será adotado nos casos de atendimento de Emergência ou Urgência ocorridos enquanto o Beneficiário estiver cumprindo prazos carenciais.**
- 9.1.6.2. **Não havendo possibilidade clínica da remoção para uma unidade do SUS, o Beneficiário (e/ou os responsáveis pelo mesmo) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, não cabendo à Operadora quaisquer ônus relativos a essa continuidade.**
- 9.2. Nos casos de Emergência ou Urgência médica, ocorridos na área geográfica de abrangência da cobertura contratual, em que não tenha sido possível a utilização de serviços próprios nem credenciados, é garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes, **sendo certo que o reembolso será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados para o produto, vigentes na data em que tenha ocorrido o atendimento, não podendo o valor do reembolso ser superior ao valor das despesas efetivamente pagas pelo Beneficiário nem inferior àquele que teria sido pago a um prestador credenciado, caso tivesse sido utilizado.**
- 9.2.1. O reembolso de medicamentos, de anestésicos, de gases medicinais e de materiais hospitalares, utilizados durante o período de internação hospitalar de emergência ou nos atendimentos de Emergência ou Urgência, será calculado de acordo com os preços apresentados no Brasíndice (Guia Farmacêutico), vigentes na data de sua utilização. Os materiais hospitalares e os gases medicinais não constantes do Brasíndice serão reembolsados com base nos preços de mercado, nessa data.
- 9.2.2. No caso de procedimentos sujeitos a coparticipação, os valores de recuperação serão deduzidos dos valores reembolsáveis.
- 9.2.3. **Os reembolsos, devidos em razão de atendimentos de Emergência / Urgência, devem ser solicitados mediante a apresentação de documentos hábeis (recibos,**

notas fiscais ou faturas), em suas vias originais, devidamente quitados e discriminados por item, com valor unitário de cada item, a data de realização, bem como o nome do paciente, além de relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado e especificando a razão da Emergência ou Urgência.

9.2.4. Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela Operadora, da documentação completa.

9.2.5. **O prazo de prescrição para o Beneficiário apresentar os documentos para reembolso será de 12 (doze) meses, contado a partir da data do evento, sendo certo que após decorrido esse prazo o reembolso não mais será devido.**

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Forma de Utilização

10.1.1. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede, o Beneficiário deverá apresentar o Cartão de Identificação da Operadora, juntamente com um documento de identidade, a requisição médica para a realização de exames ou tratamentos e, nos casos previstos, com a Autorização Prévia da Operadora para a realização do serviço.

10.1.1.1. **Os Beneficiários com 60 (sessenta) ou mais anos de idade, as gestantes, as lactantes e as crianças de até 5 (cinco) anos de idade possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, em relação aos demais Beneficiários.**

10.1.2. **O Manual do Beneficiário é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores de co-participação ou de fatores moderadores, limites de cobertura e/ou franquias, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela Operadora para a agilização do atendimento.**

10.2. Rede de Serviços

10.2.1. **O Indicador de Serviços da Rede é a relação de prestadores de serviços médicos e hospitalares, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.**

10.2.2. **É facultada à Operadora a substituição de entidade hospitalar contratada ou credenciada, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos**

Beneficiários e à ANS com 30 (trinta dias) de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

- 10.2.2.1. Na hipótese dessa substituição ocorrer por vontade da Operadora durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a Operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do Contrato.
- 10.2.2.2. Na hipótese dessa substituição ocorrer em razão de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação do Beneficiário, a Operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.
- 10.2.3. Nos casos de Internações Hospitalares Eletivas e Procedimentos Ambulatoriais Eletivos, o atendimento será prestado, mediante prévia autorização da Operadora, nos recursos médicos e/ou hospitalares constantes da Rede específica para o Plano Contratado, de prévio conhecimento do Beneficiário Titular.
 - 10.2.3.1. Nos casos de Emergência ou Urgência Médica, o atendimento será prestado nos Prontos-Socorros, gerais ou especializados, constantes da Rede específica para o Plano Contratado, também de prévio conhecimento do Beneficiário Titular.
- 10.2.4. A Operadora mantém serviços contratados e/ou credenciados especificamente para atendimento nos casos em que seja requerida a utilização de leitos de alta tecnologia e/ou para a realização de exames/procedimentos de alta complexidade, para os quais o Beneficiário, inicialmente atendido em unidades de pronto-socorro próprias ou credenciadas, será transferido, com o objetivo de fornecer ao mesmo condições ou recursos médico-hospitalares mais adequados ao seu tratamento.
 - 10.2.4.1. Essa transferência somente será realizada quando o paciente apresente condições clínicas para tanto e desde que haja a aquiescência do seu médico assistente.

10.3. Autorização Prévia da Operadora

- 10.3.1. A solicitação de Autorização Prévia para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à Operadora em impresso apropriado, completamente preenchido, assinado e datado pelo médico assistente ou, nos casos de procedimentos abrangidos pelas internações hospitalares de natureza buco-maxilo-facial ou por imperativo clínico, pelo dentista assistente.
- 10.3.2. É certo que não haverá restrições às solicitações apresentadas por médico ou cirurgião-dentista não pertencente à rede assistencial (própria ou credenciada) da Operadora.

10.3.3. Os eventos/procedimentos sujeitos a Autorização Prévia são os seguintes:

10.3.3.1. Internações Hospitalares, em geral, incluindo todas as despesas hospitalares e os respectivos honorários médicos.

10.3.3.1.1. Nos casos de Internação de Emergência (caracterizada na forma do artigo 35-C, inciso I, da Lei nº 9.656/98) ou de Urgência (caracterizada na forma do artigo 35-C, inciso II, da Lei nº 9.656/98), a autorização deverá ser expressamente solicitada à Operadora no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do momento em que se tenha dado a internação, comprometendo-se a Operadora a responder à solicitação imediatamente após a internação.

10.3.3.2. Órteses, Próteses e Materiais Especiais

10.3.3.2.1. Nos casos de procedimentos cirúrgicos em que seja necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, deverá ser justificada clinicamente a indicação e serem indicadas, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto a ANVISA, que atendam as características especificadas.

10.3.3.3. Cirurgias Ambulatoriais.

10.3.3.4. Remoções, em geral.

10.3.3.4.1. Nos casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia será substituída por relatório médico, justificando a sua necessidade.

10.3.3.5. Todos os procedimentos relacionados a Exames para Diagnóstico.

10.3.3.5.1. Quando esses exames forem efetuados em pacientes internados ou em casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia poderá ser substituída por relatório do médico assistente, justificando a sua necessidade.

10.3.3.6. Todos os procedimentos relacionados a Tratamentos Terapêuticos.

10.3.3.6.1. Quando esses tratamentos terapêuticos forem efetuados em pacientes internados ou em casos de Emergência ou Urgência, a autorização prévia poderá ser substituída por relatório médico, justificando a sua necessidade.

10.3.3.7. Todos os Procedimentos médicos e/ou hospitalares relacionados a Doenças Infecto-Contagiosas, Transplantes e Saúde Mental.

10.3.4. As Guias de Internação serão liberadas, inicialmente, por um período equivalente à média de dias usualmente necessários para o diagnóstico informado e tratamento

proposto, sendo que em caso de necessidade de permanência superior àquela inicialmente prevista, as guias complementares serão emitidas sob a forma de prorrogações, mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido. Não haverá, contudo, qualquer limitação de cobertura de dias de internação.

10.3.4.1. A Operadora reserva-se o direito de promover auditoria médica para análise da solicitação de permanência a maior solicitada.

10.3.5. Aprovada, pela Operadora a solicitação de Autorização Prévia para leitos de alta tecnologia e/ou para exames/procedimentos de alta complexidade, o Beneficiário somente poderá utilizar o recurso médico e/ou hospitalar indicado pela Operadora.

10.3.6. Fica reservado à Operadora o direito de, para a correta avaliação da solicitação de autorização prévia, solicitar segunda opinião ou perícia médica, por intermédio de seu departamento médico especializado ou profissional pertencente à sua Rede Credenciada, desde que não prejudique o prazo requisitado na solicitação de autorização prévia.

10.3.6.1 É garantido ao Beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da protocolização, na Operadora, da solicitação de autorização prévia, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada (na forma do artigo 35-C, inciso II, da Lei nº 9656/98) a urgência.

10.4. Junta Médica

10.4.1. Em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário o direito de requerer a formação de uma junta médica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela Operadora, e um terceiro, desempassador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

10.4.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, exceto se o médico escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da Operadora, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados.

10.4.3. A remuneração do terceiro desempassador deverá ser paga pela Operadora.

11. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Formação do Preço

11.1.1. Os valores das contraprestações pecuniárias serão, sempre, pré-estabelecidos.

11.2. Cálculo da Mensalidade

- 11.2.1. A fatura mensal será constituída pela soma das Mensalidades individuais, estipuladas, por faixa etária, no ato da contratação, de acordo com o plano contratado, correspondentes aos Beneficiários titulares e dependentes.
- 11.2.1.1. As mensalidades relativas aos Beneficiários eventualmente incluídos no transcorrer do mês serão cobradas no faturamento do mês imediatamente subsequente, em adição às mensalidades relativas ao mês de cobertura.
- 11.2.1.2. As faturas mensais serão emitidas com base na movimentação mensal de pessoal informada pela Contratante, sendo certo que os acertos referentes a qualquer divergência na quantidade de Beneficiários, considerando-se cada Plano ou o Grupo de Beneficiários de forma global, constatada após a emissão da fatura mensal, serão efetuados no faturamento mensal imediatamente subsequente, **não constituindo, portanto, motivo ou justificativa para o atraso do pagamento da respectiva fatura mensal.**
- 11.2.2. Nos casos em que se adote o preço único por plano, o mesmo será representado pela taxa média ponderada, apurada, para cada plano contratado, pela divisão do somatório do preço individual estabelecido para cada Beneficiário, dividido pelo número total de Beneficiários ativos inscritos no plano.
- 11.2.2.1. A fatura mensal total refletirá o somatório dos valores apurados para cada plano contratado.
- 11.2.2.2. É certo que os preços pagos pelos Beneficiários inativos (ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados) serão, sempre, por faixa etária.
- 11.2.2.3. O valor inicial correspondente ao custo por faixa etária de cada Beneficiário, ativo ou inativo, observará a tabela de custos que, inserida em aditamento contratual, faz parte integrante do Contrato, cabendo à Contratante a apresentação da mesma a todos os Beneficiários Titulares.
- 11.2.2.3.1. A tabela de custos por plano e por faixa etária, adotada no início da vigência contratual, com as devidas atualizações, será encaminhada mensalmente à Contratante, que deverá mantê-la disponível para consulta dos Beneficiários ativos, bem como para apresentação aos Beneficiários Titulares em processo de inclusão no Contrato.
- 11.2.2.3.2. É permitido ao empregador subsidiar o plano dos seus ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente também estar explicitado na tabela de custos por faixa etária.

11.2.3. **É certo que a Operadora não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles a ele já vinculados.**

11.3. Pagamento da Mensalidade

11.3.1. A responsabilidade pelo pagamento total de cada fatura mensal é, exclusivamente, da Contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, quando a cobrança será efetuada diretamente contra o Beneficiário Titular inativo, por conta e ordem da Contratante, conforme Termo de Adesão celebrado entre a Contratante e seus colaboradores vinculados.

11.3.2. A fatura mensal deverá ser paga pela Contratante, até a data de seu vencimento **(todo ° dia de cada mês)**, que ocorrerá sempre no próprio mês de competência, nos estabelecimentos bancários autorizados.

11.3.2.1. **Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado até o primeiro dia útil subsequente.**

11.3.3. **No caso de atraso no pagamento da Mensalidade, seu valor será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.**

11.3.4. **O recebimento pela Operadora de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.**

11.3.5. O pagamento da Mensalidade de um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores nem dá ao Beneficiário o direito à Cobertura objeto do Contrato, caso alguma Mensalidade anterior não tenha sido quitada.

11.3.6. Nenhum pagamento de Mensalidade será reconhecido se a Contratante não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela Operadora.

12. REAJUSTE DA MENSALIDADE

12.1. Reajuste Financeiro Anual

12.1.2.1. O valor das Mensalidades e a tabela de preços para novas adesões, estipuladas na data de início de vigência do Contrato, serão reajustados anualmente, de acordo com os índices divulgados pela ANS (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR), apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com antecedência de um mês em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de aniversário do Contrato, o qual será formalizado por meio de termo aditivo.

- 12.1.3.1. Havendo descontinuidade do índice oficial prévia e livremente acordado entre as partes contratantes, o reajuste das Mensalidades será calculado de acordo com a variação percentual do índice oficial que o substitua, preservado o critério de apuração.
- 12.1.3.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do Contrato, este será reavaliado, nos seguintes termos:
- o desequilíbrio econômico-atuarial será constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice (S_m) de 70% (setenta por cento), cuja base será a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas a partir do 13º mês.
 - para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:
$$R = (S / S_m) - 1$$
, onde:
 S = Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses), abrangendo a integralidade da carteira de Beneficiários vinculados ao Contrato;
 S_m = Meta de Sinistralidade expressa em contrato
 - constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, acima previsto, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.1.3. e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.
- 12.1.4. No mês de aplicação do reajuste, a Operadora encaminhará à Contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refém os itens 12.1.2. e 12.1.3. supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.
- 12.1.5. Independentemente da data de inclusão dos Beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste (integral) na data de aniversário de vigência contratual, entendendo-se esta como data-base única.
- 12.1.6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato, independentemente de se tratar de Beneficiário ativo ou inativo.
- 12.1.7. Este Contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.
- 12.1.7.1. Os percentuais de reajuste e revisão aplicados serão comunicados à ANS, na forma e nos prazos determinados pela legislação vigente.

12.2. Reajuste por mudança de Faixa Etária

12.2.1. O valor da mensalidade inicial é estabelecido de acordo com a faixa etária em que cada Beneficiário esteja enquadrado.

12.2.2. As faixas etárias de que trata este Contrato são, exclusivamente, aquelas definidas pela RN ANS nº 63/03, ou seja: 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

12.2.3. Na manutenção do Contrato, havendo alteração na idade do Beneficiário que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da respectiva mensalidade passará a ser aquele correspondente à nova faixa etária, a partir do mês subsequente ao da ocorrência, observadas as seguintes condições, conforme artigo 3º, incisos I e II, da RN/ANS nº 63/03:

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

12.2.3.1. Os percentuais de reajustes incidentes em cada mudança de faixa etária são os seguintes:

Faixa Etária (em anos)		Variação Percentual
De	Para	
00 – 18	19 - 23	15,0%
19 – 23	24 - 28	13,0%
24 – 28	29 - 33	18,0%
29 – 33	34 - 38	20,0%
34 – 38	39 - 43	37,0%
39 – 43	44 - 48	38,0%
44 – 48	49 - 53	20,0%
49 – 53	54 - 58	16,0%
54 – 58	59 ou +	23,0%

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

12.2.3.3. Nos casos em que se adote o preço único por plano, não haverá diferenciação de mensalidade em função da faixa etária para os Beneficiários com vínculo ativo à

pessoa jurídica contratante.

13. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

- 13.1. Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
- 13.2. **Direito de manutenção da condição de Beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados.**
- 13.2.1. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para plano privado de assistência à saúde, contratado na vigência da Lei nº 9.656, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de Beneficiário 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 no artigo 30 da Lei nº 9.656, observada a RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.
- 13.2.2. O período de manutenção dessa condição será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o custeio do plano privado de assistência à saúde, na vigência da Lei nº 9.656, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 13.2.3. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 30 da Lei nº 9.656, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua contribuição para o plano privado de assistência à saúde.
- 13.2.4. A manutenção em questão é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, observando-se que:
- a) cabe, exclusivamente, ao Beneficiário Titular a opção por permanecer individualmente, com parte ou com a totalidade do seu grupo familiar;
 - c) se no período de manutenção houver casamento do Beneficiário Titular, o novo cônjuge poderá ser incluído no Contrato, assim como os filhos do Beneficiário Titular nascidos ou adotados no período de manutenção.
- 13.2.5. Em caso de morte do Beneficiário Titular inativo, o direito de manutenção é assegurado aos Dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde objeto deste Contrato, até o término dos prazos legalmente definidos, desde que continuem pagando integralmente suas contribuições.
- 13.2.6. O direito de manutenção assegurado, nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas

de trabalho.

13.2.7. A extinção do direito de manutenção assegurado, nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656, ocorre em qualquer das seguintes hipóteses:

- a) admissão do Beneficiário Titular inativo em novo emprego, como tal 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 auto-gestão;
- b) inadimplência superior ao prazo estipulado em Contrato, tanto pela Contratante como pelo Beneficiário inativo;
- c) rescisão deste Contrato;
- d) cancelamento, pela Contratante, do plano de assistência à saúde objeto deste contrato;
- e) decurso do prazo de manutenção previsto no artigo 4º, parágrafo único, da RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.

13.3. **Direito de manutenção da condição de Beneficiário para ex-empregados aposentados**

13.3.1. É assegurado ao ex-empregado aposentado, que contribuiu para plano privado de assistência à saúde, contratado na vigência da Lei nº 9.656, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter, por tempo indeterminado, sua condição de Beneficiário 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 no artigo 31 da Lei nº 9.656, observada a RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.

13.3.2. Ao ex-empregado aposentado, que tenha contribuído para plano de assistência à saúde por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter, por tempo determinado à razão de um ano para cada ano de contribuição, sua condição de Beneficiário 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 no artigo 31 da Lei nº 9.656, observada a RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.

13.3.3. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa, é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 31 da Lei nº 9.656, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

- 13.3.4. A manutenção em questão é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, observando-se que:
- a) cabe, exclusivamente, ao Beneficiário Titular a opção por permanecer individualmente, com parte ou com a totalidade do seu grupo familiar;
 - b) se no período de manutenção houver casamento do Beneficiário Titular, o novo cônjuge poderá ser incluído no Contrato, assim como os filhos do Beneficiário Titular nascidos ou adotados no período de manutenção.
- 13.3.5. Em caso de morte do Beneficiário Titular inativo, o direito de manutenção é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde objeto deste Contrato, até o término dos prazos legalmente definidos, desde que continuem pagando integralmente suas contribuições.
- 13.3.6. O direito de manutenção assegurado, nos termos do artigo 31 da Lei nº 9.656, ao ex-empregado aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
- 13.3.7. Ao ex-empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e dela vem a desligar-se é garantido o direito de manutenção da cobertura assistencial, ressaltando-se que:
- a) o direito acima assegurado será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador;
 - b) o direito à manutenção da cobertura assistencial é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656.
- 13.3.8. A extinção do direito de manutenção assegurado, nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656, ocorre em qualquer das seguintes hipóteses:
- a) admissão do Beneficiário Titular inativo em novo emprego, como tal 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 auto-gestão;
 - b) inadimplência superior ao prazo estipulado em Contrato, tanto pela Contratante como pelo Beneficiário inativo;
 - c) rescisão deste Contrato;
 - d) cancelamento, pela Contratante, do plano de assistência à saúde objeto deste Contrato;

- e) decurso do prazo de manutenção previsto no artigo 5º, parágrafo único, da RN/ANS nº 279 e suas posteriores alterações.

13.4. Comunicação ao Beneficiário e à Operadora

- 13.4.1. A comunicação sobre a opção de manutenção da condição de Beneficiário, de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, deverá ser formalmente apresentada pela Contratante, no ato da comunicação do aviso prévio (a ser cumprido ou indenizado) ou da comunicação da aposentadoria.
- 13.4.2. O ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, poderá optar pela manutenção da condição de Beneficiário no prazo de 30 (trinta) dias, contado a partir da comunicação inequívoca da Contratante.
- 13.4.3. A Contratante deverá comunicar, também, os dependentes do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes de exercer o seu direito de manutenção assistencial, observado o mesmo prazo para opção.
- 13.4.4. A Contratante deverá fornecer as seguintes informações à Operadora:
- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
 - b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se trata de aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa;
 - c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento para o plano de saúde;
 - d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde;
 - e) se o Beneficiário elegível (ex-empregado ou dependente de aposentado falecido em atividade), optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.
- 13.4.5. **A exclusão do Beneficiário do Contrato (e, se for o caso, reinclusão como inativo) somente poderá ser aceita pela Operadora após o recebimento de documento da Contratante que comprove, de forma inequívoca, que o mesmo foi comunicado do seu direito de manutenção, bem como das informações correlatas acima referidas.**

- 13.5. **A Contratante responsabiliza-se por eventuais penalidades a que a Operadora seja submetida, inclusive pelo ressarcimento financeiro, imputadas na sinistralidade da apólice, quando for o caso, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, comprovadamente**

decorrente de informações incorretas prestadas, pela Contratante, à Operadora, bem como por irregularidade na correspondente documentação apresentada.

13.6. **No caso de cancelamento, pela empregadora contratante, do benefício representado pelo plano de assistência à saúde objeto deste Contrato, os Beneficiários, ativos e inativos, poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a rescisão do Contrato, por um plano individual ou familiar regularmente em comercialização, com coberturas equivalentes e aproveitamento pleno dos prazos de carências e/ou de cobertura parcial temporária já cumpridos, sendo certo que as condições comerciais e de preços serão aquelas vigentes na data da assinatura da proposta de adesão ao plano individual ou familiar.**

14. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1. A perda da qualidade de Beneficiário Titular dar-se-á em um dos seguintes casos:

- rescisão deste Contrato;
- cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante, exceto nas situações e condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- solicitação expressa da Contratante, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias;
- falecimento.

14.2. A perda da qualidade de Beneficiário Dependente dar-se-á em um dos seguintes casos:

- casamento ou qualquer outra condição de perda da condição de elegibilidade prevista neste Contrato;
- exclusão do Beneficiário Titular do Contrato, exceto na situação prevista no parágrafo 3º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98;
- constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;
- solicitação expressa da Contratante, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias;
- falecimento.

14.3. Caberá tão somente à Contratante solicitar a suspensão ou a exclusão de

Beneficiários.

- 14.3.1. A Operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da Contratante, nos casos de fraude ou perda do vínculo com a Contratante ou de dependência, previstos neste Contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da lei nº 9.656/98.

15. RESCISÃO DO CONTRATO

- 15.1. O atraso no pagamento das Mensalidades por período superior a 07 (sete) dias, implica na suspensão automática do direito dos Beneficiários, titulares e dependentes, a qualquer cobertura contratual, a qual deverá ser revertida imediatamente quando da comprovação dos pagamentos pendentes.
- 15.2. Sem prejuízo das penalidades legais cabíveis, 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 notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência;
 - c) infração, por qualquer das partes, às cláusulas deste Contrato.
- 15.3. Antes que se complete o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, a rescisão do Contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:
- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item 15.2., sem qualquer ônus, mas preservados os direitos da Operadora relativamente ao recebimento das mensalidades vencidas e não pagas;
 - b) imotivadamente, sujeitando a parte que tenha solicitado a rescisão ao pagamento de multa no valor correspondente a 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar o período inicial de um ano.
- 15.4. Após o período de vigência inicial de 12 (doze) meses, a rescisão imotivada do Contrato, por iniciativa da Contratante ou da Operadora, poderá ocorrer a qualquer tempo, mediante aviso-prévio de 60 (sessenta) dias.
- 15.5. No período de aviso-prévio para a rescisão do Contrato, independentemente da parte denunciante, não poderá haver inclusões nem exclusões de Beneficiários no Grupo de Beneficiários

- 15.6. A cobertura individual de todos os Beneficiários, titulares e dependentes, estará automaticamente cancelada com a rescisão do Contrato.
- 15.7. É de responsabilidade da Contratante, nos casos de exclusão de Beneficiários ou de rescisão deste Contrato, o recolhimento e a destruição (ou devolução à Operadora) dos respectivos "cartões de identificação".

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Anexos Contratuais

- 16.1.1. Integram este Contrato, para todos os fins de direito, a Ficha de Inscrição Cadastral, a Declaração de Saúde e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Cartão de Identificação, o Indicador de Serviços da Rede e o Manual do Beneficiário, além do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

16.2. Forma de Realização do Plano de Assistência à Saúde

- 16.2.1. O Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato poderá ser realizado, seja ele não contributivo ou contributivo, apenas nas duas formas a seguir previstas:
- a) exclusivamente para os Beneficiários Titulares;
 - b) para os Beneficiários Titulares e seus Dependentes elegíveis.

16.3. Custeio do Plano de Assistência à Saúde

- 16.3.1. O Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato poderá ser:
- a) **Não contributivo** - quando o Plano de Assistência à Saúde é totalmente custeado pela Contratante, **sem ônus para os Beneficiários**.
 - b) **Contributivo** - quando os **Beneficiários custeiam parcial ou totalmente** as Mensalidades.
- 16.3.2. É certo que, havendo ou não participação dos Beneficiários no custeio das Mensalidades, a Contratante se responsabiliza pelo pagamento integral dessas Mensalidades à Operadora.
- 16.3.3. Não são considerados como contribuição para o custeio das Mensalidades, os valores, pagos pelos Beneficiários, relativos a fatores moderadores.
- 16.3.3.1 – Para fins deste contrato, não há praticas de fatores moderadores
- 16.3.4. Independentemente da forma de custeio, a Contratante deverá pagar à

Operadora a taxa por segunda via de Cartão de Identificação, que consiste no valor cobrado sobre a emissão de segunda via de *Cartão de Identificação* extraviado, conforme previamente definido em aditamento contratual.

16.3.4.1. A Operadora, para os fins da presente contratação, concede à Contratante a isenção do pagamento da taxa de implantação, que seria o valor único cobrado em percentual aplicado sobre o valor total da primeira fatura mensal.

16.4. Transferências de Plano

- 16.4.1. As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais.
- 16.4.2. Nas transferências de plano não poderá haver exclusão de Dependentes incluídos no Contrato.
- 16.4.3. Nos casos em que o Beneficiário esteja em cumprimento de prazos carenciais, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.
- 16.4.4. Nos casos em que o Beneficiário, titular ou dependente, esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, o prazo restante deverá ser cumprido na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.
- 16.4.5. Nos casos em que, no Plano para o qual tenha ocorrido a transferência, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do Plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para a aquisição do direito de utilização da parcela adicional de cobertura representada por esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.

16.5. Atendimento ao Cliente

- 16.5.1. A Operadora mantém o Serviço de Apoio ao Cliente (SAC), para fornecer informações gerais, orientações e esclarecimentos, referentes aos serviços objeto do Contrato.

16.6. É certo que a Contratante teve prévio conhecimento de que a Operadora mantém, em disponibilidade para comercialização, plano com coberturas contratuais que compreendem o tipo de segmentação assistencial Referência, que também lhe foi oferecido.

16.7. Definições

Para os efeitos deste Contrato, os termos abaixo têm as seguintes definições:

- 16.7.1. **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.
- 16.7.2. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** – é a autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.
- 16.7.3. **Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual** – é a área geográfica de abrangência em que a Operadora se obriga a garantir todas as coberturas de assistência à saúde objeto deste Contrato.
- 16.7.4. **Área de Atuação** – é a relação de, conforme o caso, estados ou municípios incluídos na Área Geográfica de Abrangência da Cobertura Contratual, ressaltando-se que no caso de abrangência Nacional estão incluídos todos os municípios brasileiros.
- 16.7.5. **Beneficiário** - é todo Proponente, titular ou dependente, efetivamente incluído no Contrato.
- 16.7.6. **Beneficiário Titular** - é aquele que mantém vínculo jurídico concreto com a Contratante e vínculo contratual com a Operadora e que, efetivamente incluído no Contrato, se responsabiliza, solidariamente com a Contratante, pelo pagamento das Mensalidades e pelas declarações constantes da Ficha de Inscrição Cadastral - FIC.
- 16.7.7. **Carência** - é o período de tempo ininterrupto a ser cumprido pelo Beneficiário para adquirir o direito de utilização de determinadas coberturas, contado a partir da data de sua inclusão no Contrato.
- 16.7.8. **Contratante** - é a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Plano de Assistência à Saúde com a Operadora, em favor dos Beneficiários com os quais mantém vínculo jurídico concreto, e, havendo ou não participação dos Beneficiários no custeio das Mensalidades, se responsabiliza pelo pagamento integral dessas Mensalidades à Operadora.

- 16.7.8.1. A Contratante fica investida de plenos poderes de representação do Beneficiário perante a Operadora, devendo ser encaminhados à mesma todos os avisos e/ou comunicações inerentes ao Contrato, inclusive alterações de limites de coberturas, bem como inclusão e exclusão de Beneficiários.
- 16.7.9. **Co-Participação** – é o montante, definido contratualmente, que a Contratante deve pagar, como participação na despesa assistencial, diretamente à Operadora, após a realização do procedimento.
- 16.7.10. **Declaração de Saúde** – é o formulário, anexo e parte integrante da Ficha de Inscrição Cadastral, a ser preenchido, de próprio punho, e assinado pelo Beneficiário Titular, em seu nome e de seus dependentes.
- 16.7.11. **Despesas Cobertas (Coberturas e Procedimentos Garantidos)** - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é garantida pela Operadora, de acordo com o estabelecido neste Contrato.
- 16.7.12. **Despesas não Cobertas (Exclusões de Cobertura)** - são as despesas decorrentes de procedimentos, serviços e eventos, cuja cobertura é excluída do Plano de Assistência à Saúde, de acordo com o estabelecido neste Contrato.
- 16.7.13. Dependente – é a pessoa dependente do Beneficiário Titular, nas condições dispostas na cláusula 3.2.1.1.
- 16.7.14. **Doença** - é o processo mórbido definido, tendo um conjunto de sintomas e sinais, que requer tratamento médico e/ou internação hospitalar e não se enquadra na definição de Acidente Pessoal.
- 16.7.15. **Doença Aguda** – é a falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
- 16.7.16. **Doença Crônica** - é aquela que atingiu estado mórbido irreversível (exemplos: insuficiência grave de órgãos vitais - coração, rins, fígado etc.-; câncer em fase avançada; diabetes em estado avançado).
- 16.7.17. **Doença, Lesão e/ou Deformidade Congênita** – trata-se de anormalidade desenvolvida durante a vida intra-uterina, com as quais a pessoa já nasce.
- 16.7.18. **Doença ou Lesão Preexistente** - é aquela cuja origem ou causa tenha ocorrido antes do início da cobertura individual, sendo, contudo, considerada para efeitos deste Contrato, apenas quando o Beneficiário, ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor da mesma na época de sua inclusão no Contrato.
- 16.7.19. **Doença Profissional** – é aquela adquirida em consequência do trabalho.
- 16.7.20. **Emergência e Urgência**

- 16.7.20.1. **Emergência** - situação médica que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, requerendo atendimento médico imediato.
- 16.7.20.2. **Urgência** - situação médica, resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com necessidade de atendimento médico imediato, podendo haver, ou não, porém, o caráter de morte iminente, como nas situações de emergência.
- 16.7.21. **Evento** - é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.
- 16.7.21.1. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência e termina com a alta médica ou com o óbito do Beneficiário.
- 16.7.22. **Ficha de Inscrição Cadastral** - é o documento que contém os dados e informações pessoais do Beneficiário Titular e de seus dependentes, preenchido e assinado em seu nome e de seus dependentes, apresentado à Operadora para análise do risco a ser assumido.
- 16.7.23. **Franquia** - é o montante, definido contratualmente, até o qual o Beneficiário é responsável pelo custo do atendimento médico e/ou hospitalar, devendo ser pago diretamente ao prestador credenciado ou referenciado utilizado, por não ser referido pagamento de responsabilidade da Operadora, **não se aplicando para efeitos deste Contrato**.
- 16.7.24. **Grupo de Beneficiários** - é, em qualquer época, o conjunto de componentes do Grupo Elegível, efetivamente incluídos no Contrato, cuja cobertura esteja em vigor.
- 16.7.25. **Grupo Elegível** - é o conjunto de pessoas, devidamente caracterizado pelo vínculo jurídico concreto à Contratante, homogêneo em relação a uma ou mais características objetivas, devendo a vinculação ter caráter empregatício ou estatutário.
- 16.7.26. **Inclusão de Beneficiário** - é o processo pelo qual o Proponente, titular ou dependente, é admitido pela Operadora, passando à condição de Beneficiário.
- 16.7.27. **Internações Hospitalares Cirúrgicas** - são aquelas decorrentes de Eventos que exigem ato cirúrgico.
- 16.7.28. **Internações Hospitalares Clínicas** - são aquelas decorrentes de Eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internação hospitalar, sem, contudo, exigir ato cirúrgico.
- 16.7.29. **Internações Hospitalares Eletivas e Procedimentos Eletivos** - são os casos que não

se caracterizam como Emergência ou Urgência.

- 16.7.30. **Leitos de Alta Tecnologia** – são considerados como leitos de alta tecnologia as **unidades de terapia intensiva**, de qualquer tipo, assim consideradas aquelas que, em conformidade com o disposto na Súmula Normativa nº 2, da Diretoria Colegiada da ANS, apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12/08/1998, do Ministério da Saúde.
- 16.7.31. **Limitações de Cobertura** - são as quantidades máximas de dias ou de serviços, de responsabilidade da Operadora para fins de cobertura, previstas neste Contrato, em conformidade com a legislação vigente, sendo certo que os limites contratualmente previstos serão automaticamente reintegrados no aniversário de inclusão do Beneficiário no Contrato, sem efeito cumulativo de ano para ano nem compensação dentro do grupo familiar.
- 16.7.32. **Mensalidade** - é a quantia, em moeda corrente, devida, mensal e antecipadamente, pela Contratante à Operadora.
- 16.7.33. **Órtese** – acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui, parcial ou totalmente, nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- 16.7.34. **Plano Contratado** - é o nível de cobertura, oferecido na forma deste Contrato, mediante o pagamento da Mensalidade específica, para o qual o Beneficiário Titular tenha sido indicado pela Contratante.
- 16.7.35. **Procedimentos de Alta Complexidade** – para efeitos deste Contrato, são entendidos como de alta complexidade os exames/procedimentos como tal indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento, de acordo com a segmentação assistencial do Plano Contratado.
- 16.7.36. **Proponente** - é o componente do Grupo Elegível, cuja inclusão no Contrato seja solicitada pela Contratante e que passará à condição de Beneficiário tão logo sua inclusão seja efetivada pela Operadora.
- 16.7.37. **Prótese** – peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição, parcial ou total, de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- 16.7.38. **Rede Credenciada** – é o conjunto de prestadores de serviços médicos e hospitalares (hospitais, centros médicos, clínicas, serviços de diagnóstico e de terapia etc.), composto por pessoas físicas e jurídicas legalmente habilitadas para a prestação de assistência médica e/ou hospitalar, contratadas pela Operadora.
- 16.7.39. **Rede Própria** – é o conjunto de recursos e/ou serviços médicos e hospitalares (hospitais, centros médicos, serviços de diagnóstico e de terapia etc.) de

propriedade da Operadora, onde o atendimento médico ao Beneficiário é prioritariamente prestado.

- 16.7.40. **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** – é a listagem de consultas, exames, cirurgias e demais procedimentos e eventos em saúde, que um plano de saúde deve oferecer, constituindo-se, assim, na referência básica de cobertura obrigatória, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado.
- 16.7.41. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS contém, ainda, os *Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)* e as *Diretrizes de Utilização (DUT)*, podendo ser consultado no site <http://www.ans.gov.br>.

17. FORO

Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da Contratante, renunciando-se a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, assim, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em 2 (duas) vias de igual teor e valor, juntamente com as testemunhas abaixo, a tudo presentes.

Manaus, 30 de outubro de 2024.

CONTRATANTE:	<small>Assinado digitalmente por: JOSE CARLOS RIZOLI CPF: ***.893.228-** Certificado emitido por AC DIGITAL MULTIPLA G1 Data: 19/12/2024 14:32:43 -03:00</small>
	INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH JOSE CARLOS RIZOLI CPF: 171.893.228-68
OPERADORA:	<small>Assinado eletronicamente por: Luís Hiram Moraes Nicolau CPF: ***.886.002-** Data: 23/12/2024 10:49:45 -04:00</small>
	SAMUEL PLANO DE SAÚDE LTDA Luís Hiram Moraes Nicolau – Diretor Comercial CPF 776.886.002-00

Assinado eletronicamente por:
Fernanda Sifuentes Carvalho Mafra
CPF: ***.180.222-**
Data: 19/12/2024 12:44:40 -04:00

Assinado eletronicamente por:
FABRÍCIA BINDA LEITE DUTRA
CPF: ***.596.872-**
Data: 20/12/2024 15:31:53 -04:00



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: FZLGS-68569-WL33T-UVELD

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ Fernanda Sifuentes Carvalho Mafra (CPF *****.180.222-****) em 19/12/2024 13:44 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
131.255.81.54	Não disponível
Autenticação	fernanda.chzn@indsh.org.br
Email verificado	
IkL/Y0ciW4OtcfjZS9dUiVz/azvG+C4LCSTAsNrKuQo=	
SHA-256	

- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF *****.893.228-****) em 19/12/2024 14:32 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil
- ✓ FABRÍCIA BINDA LEITE DUTRA (CPF *****.596.872-****) em 20/12/2024 16:31 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
189.71.11.216	Não disponível
Autenticação	
fabricia.dutra@samel.com.br	
Email verificado	
d3r6bufDdgvAi4rzXySq+ls5/W1nAF5xUsFjGnUD4Ys=	
SHA-256	

✓ Luís Hiram Moraes Nicolau (CPF ***.886.002-**) em 23/12/2024 11:49 -
Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
191.189.11.204	Lat: -3,125101 Long: -60,025626 Precisão: 11 (metros)
Autenticação	
hiram.nicolau@samel.com.br	
Email verificado	
9ZGCgGJ+SH8MVFoTtS/Gvb1hz4q3l62TFNb0F/YziBc=	
SHA-256	

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/FZLGS-68569-WL33T-UVELD>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>