

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE



Cruz Azul Saúde
CNPJ: 03.849.449/0001-17
N.º de Registro: 411752
 www.cruzazulsaude.com.br | (11) 3388-5000

Definição dos Planos Pessoa Jurídica

Planos Individuais ou Familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de Saúde Coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver participação de Administradores de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. Veja as particularidades de cada tipo:

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial	Plano Coletivo Empresarial Contratado Empresário Individual
<i>QUEM PODE INGRESSAR EM UM PLANO DE SAÚDE?</i>	Qualquer indivíduo	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial. Indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.	Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 195/09. Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato.
<i>CARÊNCIA</i>	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo: internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Para haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos.

<p><i>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) EM CASO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)**</i></p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.</p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.</p>	<p>Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.</p>	<p>Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.</p>
<p><i>RESCISÃO PELA OPERADORA</i></p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência.</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita em 60 dias de antecedência.</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.</p>	<p>A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário do contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência ao aniversário do contrato. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora.</p>
<p><i>REAJUSTE ***</i></p>	<p>Reajuste anual é limitado ao índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***</p>	<p>Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***</p>	<p>Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***</p>	<p>Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato. ***</p>

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13, de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa – RN n.º 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO



PREZADO BENEFICIÁRIO;

É com imenso prazer que a CRUZ AZUL SAÚDE lhe deseja **BOAS VINDAS**.

Colocamos abaixo, à sua disposição, os principais canais de contato da CRUZ AZUL SAÚDE:



CENTRAL DE RELACIONAMENTO 24 HORAS

TELEFONES: 0800 778 5000 ou (11) 3388-5000 e (11) 3274-5199



SAC

E-mail: sac@cruzazulsaude.com.br



SITE

www.cruzazulsaude.com.br

IMPORTANTE!

Para que sua proposta seja validada é necessário fornecer ao seu corretor a proposta de admissão junto com a cópia dos seguintes documentos obrigatórios:

- Cópia Cartão SUS;
- Cópia Simples do CPF e RG de todos os participantes do contrato;
- Certidão de nascimento de menores de 18 anos e CPF caso sejam titulares do contrato;
- Comprovante de residência.

A proposta de adesão não pode conter rasura e deve estar datada e assinada pelo responsável do contrato.

Plano EMPRESARIAL

Guia de Leitura Contratual



Cruz Azul Saúde

CNPJ: 03.849.449/0001-17

N.º de Registro: 411752

www.cruzazulsaude.com.br | (11) 3388-5000

		Página do Contrato
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual / Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	07
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	07
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	07
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas assistenciais à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	07
<i>COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	12
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	18
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	20

		Página do Contrato
CARÊNCIA	Carências é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, da forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	21
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aqueles existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	22
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	25
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflamação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	31
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	37
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada a coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulação.	35

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa de 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
 Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040
 Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

**CONTRATO PRIVADO DE PLANO DE
ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR**

Plano EMPRESARIAL

Contrato:

ÍNDICE	N.º
CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO	07
01 – ATRIBUTOS DO CONTRATO	08
02 – DEFINIÇÕES	08
03 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	10
04 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	12
05 – EXCLUSÕES DE COBERTURA	18
06 – DURAÇÃO DO CONTRATO	20
07 – PERÍODOS DE CARÊNCIA	21
08 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	22
09 – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	23
10 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	25
11 – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	30
12 – REAJUSTE	31
13 – FAIXAS ETÁRIAS	34
14 – MANUTENÇÃO DO PLANO PARA DEMITIDOS E APOSENTADOS.....	35
15 – PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO	37
16 – RESCISÃO	37
17 – DISPOSIÇÕES GERAIS	39
18 – FORO	40

O teor deste contrato está devidamente registrado no 8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Capital – SP.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

A – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

Associação Assistencial de Saúde Suplementar Cruz Azul Saúde, pessoa jurídica de direito privado, também denominada **CRUZ AZUL SAÚDE**, regularmente inscrita no CNPJ sob n.º 03.849.449/0001-17, registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob n.º 411752, e classificada como operadora de Medicina de Grupo, com sede administrativa e operacional na Rua Albuquerque Maranhão, 72 - Cambuci - São Paulo / SP, CEP 01540-020, adiante identificada apenas como **CONTRATADA**.

B – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL _____
NOME FANTASIA _____
CNPJ _____
ENDEREÇO _____
CIDADE _____, CEP _____
E-MAIL _____

C – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

Coletivo Empresarial, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

A escolha do plano será feita exclusivamente pela PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE, dentre as seguintes opções:

- Empresarial IDEAL - ENF (ANS n.º 484.482/19-3)**
 Empresarial CLÁSSICO - ENF (ANS n.º 484.481/19-5)
 Empresarial SUPREMO - APARTAMENTO (ANS n.º 484.480/19-7)

D – TIPO DE CONTRATAÇÃO

COLETIVO EMPRESARIAL

E – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

F – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Regional B - Grupo de Municípios, compreendendo os municípios de DIADEMA, GUARULHOS, MOGI DAS CRUZES, OSASCO, SANTO ANDRÉ, SÃO BERNARDO DO CAMPO, SÃO CAETANO DO SUL e SÃO PAULO, todos localizados no Estado de São Paulo.

G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

REGIÃO 4

H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Padrão de Acomodação: Plano IDEAL – ENF (COLETIVA) , Plano CLÁSSICO ENFERMARIA (COLETIVA) e Plano SUPREMO -APARTAMENTO (INDIVIDUAL)

I - FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-pagamento na forma de mensalidade

Livre Escolha - Não

Fator Moderador - Não

J - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Este tema não se aplica ao presente contrato.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO (OBJETO E DA NATUREZA)

1.1. O presente Contrato tem por objetivo garantir, na forma definida em suas cláusulas, em conformidade com a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e sua regulamentação, a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido, por prazo indeterminado, sem limite financeiro, a assistência médico-hospitalar dos eventos realizados exclusivamente no Brasil, das doenças relacionadas com a saúde, da Organização Mundial da Saúde, respeitando as exigências estabelecidas no Rol de Procedimentos editado pela ANS e com cobertura para todas as doenças descritas no CID-10, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada, aos beneficiários da **CONTRATANTE** abrangidos por este contrato, quando atingidos por eventos mórbidos e aleatórios.

1.2. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, reveste-se de bilateralidade, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, em consonância com o disposto nos artigos 472, 475, 476 e 477 da Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), considerando-se, ainda, esta avença um contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 da mesma lei, assumindo o(a) beneficiário(a) da **CONTRATANTE** o risco de não existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência de evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la. Outrossim, este contrato se sujeita às normas estatuídas pela Lei Federal n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, às disposições do art. 54 da Lei n.º 8.078/90 e à legislação específica que vier a sucedê-la, cujos os termos completos das Condições Gerais encontram-se disponíveis para download no portal Cruz Azul Saúde no endereço: www.cruzazulsaude.com.br.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

2.1. Acidente pessoal – Evento exclusivo e propriamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência devidamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar do beneficiário ou o tratamento em regime ambulatorial.

2.2. Acidente de trabalho – Qualquer acidente que ocorra ao trabalhador, entre o trajeto direto da sua residência para o trabalho, durante o trabalho e trajeto direto do trabalho para a sua residência, que se origine por um fato inesperado, não intencional e sem relação de causa com

negligência, imperícia, imprudência ou dolo. Segundo a legislação pertinente, todo acidente de trabalho é de notificação compulsória.

2.3. Área de abrangência – Área especificada no contrato de adesão, na qual o beneficiário poderá ser atendido pela rede credenciada.

2.4. Associado ou beneficiário – Designações genéricas que abrangem o **CONTRATANTE** e / ou seu(s) dependente(s).

2.5. Associado titular ou BENEFICIÁRIO - Pessoa que assina o Termo de Adesão do plano de saúde, sendo responsável pelas declarações constantes da **Ficha Cadastral do Associado e Dependentes e Declaração de Saúde**.

2.6. Carência - Período de tempo especificado no respectivo plano e contado a partir da data de admissão, durante o qual o beneficiário não terá direito à cobertura de determinados eventos previstos no contrato de adesão, devendo, ininterruptamente, permanecer em dia com suas obrigações contratuais.

2.7. Cirurgia plástica estética de embelezamento – Procedimento cirúrgico para fins estéticos, não provenientes de acidentes ou agentes externos (Ex: desvio de septo, hipertrofia e / ou hipotrofia mamária, próteses para fins estéticos, orelha de abano, etc.).

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

2.9. Declaração de saúde - Formulário elaborado pela **CONTRATADA**, com o objetivo de relacionar todas as doenças de conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO**, em relação a ele próprio e a cada um dos dependentes integrantes de seu contrato.

2.10. Dependente - São considerados dependentes do proponente titular, efetivamente incluídos no plano de saúde e desde que aceitos pela **CONTRATADA**, o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os(as) filhos(as), pai, mãe, netos e irmãos.

2.11. Doença - Evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência médica e / ou hospitalar.

2.12. Doença ou lesão preexistente – Aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n.º 9.656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e as diretrizes estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS ou legislação superveniente.

2.13. Emergência – Situação que implica em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis ao paciente, que necessitam de intervenção médica imediata, caracterizada por declaração do médico assistente.

2.14. Evento - Conjunto de ocorrências e / ou prestação de assistência médica e hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário, em decorrência de doença ou acidente pessoal ou ainda o processo gestacional.

2.15. Hospital dia (day hospital) - Sistema de atendimento hospitalar solicitado pelo médico assistente, com permanência máxima de 12 (doze) horas em instalações especialmente projetadas para este tipo de atendimento, independente do tipo de acomodação previsto no plano escolhido pelo **CONTRATANTE**.

2.16. Internação hospitalar programada (eletiva) – Aquela efetivada em razão de eventos não considerados como de urgência ou emergência.

2.17. Limite financeiro – Limite monetário máximo das coberturas contratadas, nos casos de reembolso.

2.18. Operadora – Pessoa jurídica neste contrato representada pela **CONTRATADA**, que garante a cobertura dos custos assistenciais à saúde.

2.19. Parto – Processo de nascimento durante o qual são expulsos do útero, o feto, a placenta e as membranas fetais da parturiente.

2.20. Proposta de adesão – Declaração formal e parte integrante deste contrato, através da qual o **BENEFICIÁRIO** manifesta seu conhecimento e aceitação de todas as condições contratuais, definições básicas e veracidade da declaração de saúde, devendo ser preenchida, assinada e apresentada à **CONTRATANTE/CONTRATADA** para análise e deliberação.

2.21. Reajuste financeiro – Reajuste automático do valor da mensalidade, de acordo com as normas da ANS.

2.22. Reajuste por faixa etária – Reajuste automático do valor da mensalidade, em decorrência da mudança de faixa etária do CONTRATANTE ou de seu dependente, de acordo com as regras da ANS, observadas as disposições previstas neste instrumento.

2.23. Rede credenciada – Conjunto dos prestadores de assistência, ou seja, médicos, consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais, credenciados junto à Operadora, onde os beneficiários são atendidos quando da necessidade de assistência médica ou hospitalar.

2.24. Rede referencial – Locais de atendimento previamente determinados pela **CONTRATADA** dentro da rede credenciada.

2.25. Reembolso - Quantia a ser ressarcida pela **CONTRATADA**, com base nos valores praticados em relação aos seus prestadores credenciados para cada procedimento, referente a despesas cobertas pelo plano, unicamente para os casos de comprovada urgência ou emergência atendidos em local não credenciado e ocorridos dentro do limite de abrangência geográfica.

2.26. Urgência – Situação decorrente de acidentes pessoais, doenças ou complicações no processo gestacional, exigindo um procedimento médico ou cirúrgico imediato, caracterizada por declaração do médico assistente.

2.27. Vigência – Data a partir da qual passam a vigorar os direitos e as obrigações.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários do presente Contrato os sócios, diretores, funcionários que mantenham vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, doravante denominados **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, bem como seus dependentes legais abaixo descritos e

indicados através do formulário próprio Ficha Cadastral, a ser fornecido pela **CONTRATADA**, sendo considerado **BENEFICIÁRIO TITULAR** os funcionários ativos, demitidos ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente; ressalvando o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98.

3.1.1. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

3.1.2. São considerados dependentes legais, até o 3º grau de parentesco consanguíneo e afins, que podem ser mantidos no Grupo Familiar do Beneficiário(a) Titular:

I - Consanguíneo em 1º grau:

- a) Filho(a), natural ou adotivo, por força de lei;
- b) O menor sob guarda, reconhecida por determinação judicial, mediante comprovação que se ache sob a guarda e responsabilidade do beneficiário ou sob sua tutela;
- c) Pai e Mãe.

II - Consanguíneos em 2º grau:

- a) Avô e Avó;
- b) Irmão(ã); e
- c) Neto(a).

III - Consanguíneos em 3º grau:

- a) Bisavô e Bisavó;
- b) Bisneto(a);
- c) Sobrinho(a); e
- d) Tio e Tia.

IV - O grupo familiar, até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, cônjuge ou companheiro do beneficiário(a) titular, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

V - Afinidade em 1º Grau:

- a) O(a) absolutamente incapaz, do qual o(a) beneficiário(a) titular seja tutor(a) ou curador(a);
- b) Enteadado(a);
- c) Padrasto e Madrasta; e
- d) Sogro e Sogra.

VI - Afinidade em 2º grau:

- a) Cunhado(a).

3.2. A **CONTRATADA** exigirá da **CONTRATANTE**, no ato da inscrição inicial ou quando julgar necessário, a comprovação da relação de dependência através da exibição dos seguintes documentos:

- a) **CÔNJUGE** – Certidão de Casamento;
- b) **COMPANHEIRA(O)** – Carteira de trabalho onde conste a designação e/ou Certidão de Nascimento de filho em comum;
- c) **FILHO(A) SOLTEIRO(A) MENOR** – Certidão de Nascimento ou equivalente;
- d) **MENOR SOB TUTELA** – Guarda Provisória;
- e) **NETOS** – Certidão de Nascimento;
- f) **PAI e MÃE** – Certidão de Nascimento ou RG;
- g) **IRMÃOS** – Certidão de Nascimento ou RG.

3.2.1. O não fornecimento da documentação solicitada no prazo de 5 (cinco) dias isentará a **CONTRATADA** das obrigações objeto deste contrato, cabendo à **CONTRATANTE** as responsabilidades decorrentes, inclusive financeiras.

3.3. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, como dependente no plano contratado, mediante comunicação por escrito, nos 30 (trinta) primeiros dias após o parto ou adoção, munido de Certidão de Nascimento ou Guarda Provisória, isento do cumprimento dos períodos de carência e cobertura parcial temporária, desde que obedecidas exclusões e limitações previstas e/ou optadas neste contrato.

3.3.1. Caso a inclusão ultrapasse o limite previsto de 30 (trinta) dias após o parto pela **CONTRATADA** neste contrato, os prazos de carências e cobertura parcial temporária deverão ser cumpridos integralmente, respeitadas as Condições Gerais do plano originalmente optado pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**.

3.4. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos de idade poderão ser incluídos no plano, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR** adotante, sujeitando-se à cobertura parcial temporária.

3.5. Será permitida a inclusão de novos funcionários e/ou seus dependentes legais até 30 (trinta) dias do seu registro, sem o cumprimento dos prazos de carência, em data posterior à assinatura deste instrumento, desde que aceitos pela **CONTRATADA**, sendo de responsabilidade da **CONTRATANTE** o pagamento da taxa de inscrição, bem como das mensalidades. Caso a inscrição seja requerida após o prazo ajustado nessa cláusula, vigorarão os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

3.6. A inclusão do cônjuge de beneficiário titular recém-casado deverá ser realizada até o prazo de 30 (trinta) dias após a celebração do casamento, com comprovação de legalização de dependência. A inclusão feita depois de decorridos os 30 (trinta) dias estará sujeita aos prazos de carência estabelecidos neste contrato.

CLÁUSULA QUARTA – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A **CONTRATADA** assegurará ao beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** e seus dependentes, observadas as cláusulas, os prazos de carências, os direcionamentos, reembolsos, exclusões e limitações contratuais, a cobertura do custeio da assistência médico-hospitalar através de sua rede de serviços credenciados, dos procedimentos descritos no Rol de Procedimentos editado pela ANS e suas posteriores atualizações, das especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e das doenças descritas no Código Internacional de Doenças - CID-10, nas formas estabelecidas neste regulamento, conforme abaixo indicadas.

4.1.1. Fica ressaltado que, para fins de cobertura, a **CONTRATADA** também observará o cumprimento, por parte dos beneficiários e dos médicos assistentes, das Diretrizes de Utilização (DUT) e das Diretrizes Clínicas (DC), descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e editadas pela ANS.

4.1.2. A relação dos procedimentos descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) e das Diretrizes Clínicas (DC), editadas pela ANS, estão disponíveis na página da internet (www.ans.gov.br).

4.1.3. A **CONTRATADA** garantirá, até o limite previsto, a cobertura obrigatória estabelecida nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento e editado pela ANS.

Planejamento Familiar

4.2. Fica garantida, pela **CONTRATADA**, a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, dos seguintes procedimentos:

- a) Consulta de Aconselhamento para Planejamento Familiar;
- b) Atividade Educacional para Planejamento Familiar;
- c) Sulfato de Dehidroepiandrosterona (Sdhea);
- d) Implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) Hormonal - Inclui o dispositivo.

Médico Anestesiologista

4.3. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

4.4. Será garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

4.5. Cobertura Ambulatorial

- a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas ou especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, bem como as limitações de consultas / sessões de nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicoterapia previstas na legislação vigente e as restrições previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído e atualizado pela ANS, na data de realização do evento.

4.6. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente para a segmentação ambulatorial, na data de realização do evento;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento.

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

4.7. Terão cobertura, de acordo com o plano contratado, as despesas com cirurgias de pequeno porte, previamente autorizadas, realizadas em regime ambulatorial, sem necessidade de internação hospitalar, em local, data e médicos determinados pela **CONTRATADA**, observada a opção contratual, sendo que nos casos de urgência ou emergência deve ser observado o disposto na cláusula específica.

Cobertura de Internação Hospitalar Clínica / Cirúrgica

4.8. Garante a cobertura de internações hospitalares para fins clínicos ou cirúrgicos, que necessitem de ambiente hospitalar.

4.8.1. Serão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) Diárias de internação na acomodação contratada, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- b) Diárias de unidade de terapia intensiva - UTI e unidade de isolamento ou similares, a critério do médico assistente, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- c) Honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução de doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia / radioterapia, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme prescrição do médico assistente;
- e) Toda e qualquer taxa, incluindo os materiais utilizados;
- f) Alimentação padrão fornecida pelo hospital para um único acompanhante, no caso de: paciente menor de 18 (dezoito) anos, idoso a partir de 60 (sessenta) anos e portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

4.8.2. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto.

4.8.3. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica acima mencionada, passarão a correr, inteiramente por sua conta a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

Das Internações Obstétricas e Assistência ao Recém-Nato

4.9. A **CONTRATADA** garantirá, depois de observado o prazo de carência e exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica e da rede credenciada indicada no **site da Cruz Azul Saúde**, à beneficiária vinculada à **CONTRATANTE** e/ou dependentes, as despesas com assistência médica decorrentes do pré-natal, parto e assistência neonatal, compreendendo:

I - Consultas nas especialidades de obstetrícia;

II - Cirurgias na especialidade de obstetrícia;

III - Serviços complementares de diagnóstico e tratamento, compreendendo:

- a) Ultrassonografia obstétrica, persuflação tubária diagnóstica, tococardiografia, dopplerfluxometria, perfil biofísico do feto, amniocentese sob controle da ultrassonografia obstétrica, criocauterização do colo de útero, eletrocoagulação do colo de útero, hidrotubação e persuflação tubária, penioscopia no marido ou companheiro, desde que seja beneficiário do presente contrato;
- b) UTI neonatal, caso haja indicação do médico assistente credenciado, incluindo diárias, materiais, medicamentos e honorários.

IV - Assistência ao parto e ao recém-nascido, abrangendo:

- a) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- b) Serviços de maternidade, compreendendo assistência pré-natal, assistência ao parto, cirúrgico ou não, curetagem de abortos espontâneos e tratamento das parturientes nas complicações surgidas pós-parto;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo dos beneficiários, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- d) Cuidados de berçário, incluindo, se necessário, incubadora, leitos aquecidos e fototerapia;
- e) Honorários de médico-clínico, cirurgião e seus assistentes, anestesistas, obstetra, neonatologista.

4.9.1. A assistência ao recém-nato continuará a ser prestada depois dos primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sem o cumprimento de carência ou alegação de Doença e Lesão Pré-existente, desde que a **CONTRATANTE** tenha feito sua inclusão como beneficiário até o término do aludido prazo de 30 (trinta) dias.

4.9.2. Caso a inclusão do recém-nato ultrapasse o limite previsto de 30 (trinta) dias, os prazos de carências previstos no presente contrato deverão ser cumpridos integralmente, respeitadas as Condições Gerais do plano originalmente optado pelo titular, suas limitações e exclusões.

4.9.3. Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei n.º 7.498/86, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentado pelo Decreto n.º 94.406/87 e conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento.

Dos Transplantes

4.10. Serão cobertas as despesas decorrentes de transplantes de rins, córnea, medula e aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados. Os transplantes somente ocorrerão por indicação médica de profissional integrante da equipe médica da **CONTRATADA**, em conformidade com a natureza da doença que exija tal ato, além de se submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei n.º 9.434, de 04 de fevereiro de 1987, ao Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, e à Portaria n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitando-se a cláusula das autorizações prévias e a opção contratual.

4.10.1. Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados aos transplantes de rins, córnea e medula:

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

4.10.2. Nos casos de transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito na lista de receptores que é de âmbito nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de

Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS - integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção.

4.10.3. Nos casos de transplantes de doadores vivos, independente do tipo de plano do receptor, o doador terá a assistência assegurada na forma da Lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação, sendo que a internação será sempre no padrão enfermagem.

Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais e dos procedimentos odontológicos que necessitem de internação hospitalar

4.11. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de despesas havidas pelo beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** e seus dependentes, referentes a cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, desde que realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.11.1. A **CONTRATADA**, quando necessário, garantirá a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

Cobertura para cirurgias plásticas reparadoras de órgãos e funções

4.12. Garante a cobertura de todas as cirurgias plásticas reparadoras de órgãos, funções e membros, incluindo a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, desde que as mesmas não estejam relacionadas a doenças ou lesões preexistentes.

4.12.1. Na hipótese de doença e lesão preexistente, o beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** e/ou dependentes deverá(ão) cumprir período de cobertura parcial temporária a fim de que tenha direito a tal cobertura.

Cobertura para procedimentos especiais

4.13. Garante a cobertura de procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência à saúde prestada em ambiente de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento, para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral e enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento;
- g) Embolizações descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

- j) Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do beneficiário submetido a transplante de rim, córnea e medula, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional

4.14. Serão cobertas todas as despesas relativas ao número máximo de sessões obrigatórias de psicoterapia, desde que sejam preenchidos pelo menos um dos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, instituído pela ANS, disponível em www.ans.gov.br.

Sessões de psicoterapia

4.15. Serão cobertas pela **CONTRATADA** todas as despesas relativas às sessões de psicoterapia, dentro dos limites contratuais impostos e observados a quantidade disposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quando da edição no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, desde que preenchidas objetivamente as condições previstas nas Diretrizes de Utilização - DUTs.

Atendimento/acompanhamento em hospital-dia psiquiátrico

4.16 Os atendimentos / acompanhamentos em hospital-dia psiquiátricos terão cobertura obrigatória garantida pela **CONTRATADA**, quando preenchidos os requisitos previstos na Diretriz de Utilização – DUT, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigentes à época do atendimento.

Colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida e gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica)

4.17. Serão cobertas as despesas decorrentes de colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida e as decorrentes de gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Resolução n.º 1.766/2005, do Conselho Federal de Medicina e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento.

4.18. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de despesas havidas com acompanhante (exceto aquelas despesas consideradas extraordinárias), quando o beneficiário internado for:

- a) Criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos;
- b) Idosos a partir de 60 (sessenta) anos;
- c) Portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- d) Acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica) e cirurgia de esterilização masculina (vasectomia)

4.19. Serão cobertas as despesas decorrentes de **cirurgia de esterilização feminina** (laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica) e **cirurgia de esterilização masculina** (vasectomia), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Lei n.º 9.263/96 e ao disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Os procedimentos abaixo relacionados estão excluídos da cobertura contratada, ou seja, a **CONTRATADA** não garante a cobertura de custos, em qualquer hipótese, das patologias, exames e tratamentos abaixo relacionados:

- a) Tratamentos ilícitos e/ou cirurgias não éticas e/ou suas consequências, diagnósticos, exames, tratamentos clínicos e cirúrgicos experimentais, isto é, aqueles que: (i) emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/regularizados no país; (ii) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia; ou (iii) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label); bem como cirurgias não aprovadas pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões ou pela Associação Médica Brasileira;
- b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamento de rejuvenescimento tais como cirurgias plásticas ou todo o procedimento estético embelezador;
- e) Tratamento em clínicas para emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- f) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- g) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; exceto aqueles mencionados nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12, da Lei n.º 9.656/98, e constantes da Diretriz de Utilização - DUT;
- h) Procedimentos odontológicos, exceto cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de internação hospitalar;
- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) Enfermagem particular e aluguel de equipamentos hospitalares ou similares;
- l) Despesas de acompanhante, salvo se tratando de internação de menores de 18 (dezoito) anos, de idosos, a partir de 60 (sessenta) anos, e de portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- m) Despesas extraordinárias do paciente e/ou do acompanhante, tais como despesas de toilette, custos de frigobar, telefone, estacionamento, televisão, rádio, jornais, televisão, telefone, alimentação do acompanhante quando não coberta, ventilador, frigobar, ar-condicionado e despesas similares, lavagem de roupas e indenização por danos, entre outras, bem como itens de higiene pessoal, tais como: fraldas, absorventes, coletores menstruais, lenços umedecidos, escova dental, fio dental, creme dental, shampoo, condicionador de cabelo, cremes corporais, sabonetes, toalhas, roupões, cotonetes, perfumes, desodorantes, enxaguantes bucais, algodões e similares;
- n) Dieta não recomendada pelo médico assistente;
- o) Cirurgias refrativas não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos, editado pela ANS, vigente à época do evento;
- p) Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não vinculados ao ato cirúrgico;
- q) Vacinação;
- r) Transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como, aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento;

- s) Procedimentos que não constarem no Rol de Procedimentos editado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento e/ou cujo critério de cobertura obrigatória não se enquadra nas regras das Diretrizes de Utilização de Tratamento e das Diretrizes Clínicas;
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) Aplicação de vacinas;
- v) Asilamento de idosos;
- w) atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, Home Care, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- x) atendimentos prestados antes do início do período de vigência deste Regulamento;
- y) Avaliações pedagógicas;
- z) Cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, fecundação artificial, abortamento provocado e quaisquer outras internações hospitalares, cuja finalidade não seja a de exclusiva recuperação e controle da saúde;
- aa) Despesas de acompanhantes, excepcionadas: acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos; acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e, despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- bb) Enfermagem em caráter particular (em residência ou hospital);
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- dd) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- ee) Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- ff) Orientações vocacionais;
- gg) Permanência hospitalar após alta médica;
- hh) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da operadora e sem atendimento às condições previstas no regulamento;
- ii) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- jj) Remoção aérea, fluvial ou marítima, bem como, remoções fora da área de abrangência do produto;
- kk) Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- ll) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos, ou similares;
- mm) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- nn) Não estão cobertos os procedimentos para 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;
- oo) Cobertura de procedimento odontológico, exceto cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais e procedimentos odontológicos que necessitem de internação hospitalar previstos no presente regulamento;
- pp) Pilates, Reeducação Postural Global (RPG), Hidroterapia, Therasuit ou Equoterapia, garantidos, exclusivamente, os procedimentos fisioterápicos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos do inciso III, do Artigo 4º, da Lei n.º 9.961/00;
- qq) Aplicação de plasma rico em plaquetas;

- rr) Terapia Fotodinâmica;
- ss) Troca Valvar por via percutânea;
- tt) Crioablação tumoral;
- uu) Cross Linking da córnea;
- vv) Implantação de prótese peniana inflável;
- ww) Implante de cateter Tenckhoff pela técnica de Videolaparoscopia;
- xx) Mastoplastia ou mamoplastia para correção da hipertrofia mamária;
- yy) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, diferente de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- zz) Neurocirurgia guiada por neuronavegador;
- aaa) Nucleoplastia com radiofrequência (ou coagulação/ablação intradiscal percutânea por radiofrequência);
- bbb) Procedimentos cobertos durante o período de carência do usuário ou de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- ccc) Reembolsos de serviços auxiliares/instrumentadores cirúrgicos não médicos;
- ddd) Fertilização "in-vitro", bem como procedimentos de apoio a essa técnica ou terapêutica;
- eee) Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;
- fff) Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento;
- ggg) Cobertura para qualquer atendimento fora da área de abrangência do produto, inclusive nos casos de Urgência e Emergência;
- hhh) Exames admissionais, periódicos e demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, academias de ginástica, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) e similares;
- iii) Aparelhos ortopédicos;
- jjj) Curativos, materiais e medicamentos de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do atendimento ambulatorial em situações de urgência/emergência ou fora do regime de internação hospitalar, ou seja, em domicílio;
- kkk) Tratamento esclerosante de varizes;
- lll) Exames realizados fora da área de abrangência do produto, independentemente da coleta do material realizada no Brasil;
- mmm) Procedimentos, exames, terapias ou sessões em profissionais não pertencentes à rede credenciada à época;
- nnn) Transportes ou deslocamentos para a realização de procedimentos eletivos;
- ooo) Nos casos de atendimento hospitalar, não está coberto a remoção de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento;
- ppp) Nos casos de atendimento hospitalar, não está coberto a remoção de hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

5.2. A CONTRATADA não será responsável, sob nenhuma hipótese, por quaisquer despesas decorrentes de hospitalização do beneficiário sem a necessária indicação dos médicos credenciados e/ou sem a devida emissão da GUIA DE INTERNAÇÃO correspondente, devidamente regularizada.

5.3. A CONTRATADA, ainda, não será responsável por quaisquer despesas decorrentes de atendimentos, exames ou tratamentos que estejam fora dos limites estabelecidos para o tipo e categoria de Plano de Atendimento escolhido.

CLÁUSULA SEXTA – DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. O presente Contrato vigorará pelo período de 12 meses, contados a partir da data de assinatura pelas partes.

6.2. O presente contrato será automaticamente prorrogado por prazo indeterminado, caso não haja renúncia por escrito por quaisquer das partes, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias de antecedência do vencimento. Neste caso, as partes ficarão desobrigadas de quaisquer ônus, exceto os que resultem das obrigações contratuais já cumpridas.

6.3. Fica desde já garantido que a **CONTRATADA** não efetuará qualquer cobrança de taxa pela renovação do contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Quando da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, conforme estabelece o artigo 6º da RN n.º 195/2009 atualizada pela RN n.º 200/2009.

7.2. Para todo efeito, a data para contagem da carência será o da celebração do contrato, com exceção dos novos beneficiários, que terão como base para contagem das carências a data de admissão no plano de assistência à saúde.

7.3. Os atendimentos previstos no presente contrato estarão sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos de carência, quando aplicável:

I) Urgência e Emergência	Carência	Cobertura
Atendimento clínico e cirúrgico em caráter de urgência, abrangendo internação quando decorrente de acidente pessoal;	24 (vinte e quatro) horas	Ilimitado
Atendimento em regime ambulatorial, para os casos de urgência e emergência;	24 (vinte e quatro) horas	Limitado a 12 (doze) horas de atendimento em Pronto Socorro (não inclui internação)
Atendimento em regime ambulatorial, para os casos de urgência decorrentes de intercorrências gestacionais.	24 (vinte e quatro) horas	Limitado a 12 (doze) horas de atendimento em Pronto Socorro (não inclui internação)

II)	30 (Trinta) dias
	<p>Audiometria; Consultas na rede credenciada; Eletrocardiograma; Exames de análises clínicas, exceto os exames considerados PAC (procedimento de alta complexidade), conforme Rol de Procedimentos da ANS vigente na data do atendimento;</p> <p>Exames de patologia clínica, exceto os exames considerados PAC (procedimento de alta complexidade), conforme Rol de Procedimentos da ANS vigente na data do atendimento; Exames radiológicos simples (sem contraste);</p> <p>Impedanciometria;</p> <p>Mamografia simples, exceto mamografia considerada procedimento de alta complexidade (PAC), conforme Rol de Procedimentos da ANS vigente na data do atendimento;</p> <p>Papanicolau e colposcopia;</p> <p>Ultrassonografia, exceto morfológico fetal, próstata transretal com biópsia e exames de ultrassonografia com doppler.</p>

III)	90 (Noventa) dias
	Broncoscopia simples, exceto broncoscopia considerada procedimento de alta complexidade (PAC), conforme Rol de Procedimentos da ANS vigente na data do atendimento; Colangiografia; Colonoscopia; Densitometria óssea; Ecocardiograma com doppler; Eletroencefalograma simples; Eletroneuromiografia; Endoscopia; Exames oftalmológicos; exceto fotocoagulação, microscopia, tomografia de coerência ótica; Exames de otorrinolaringologia, exceto bera e eletrococleografia; Fisioterapia; Holter 24 horas; Laringoscopia; M.A.P.A.; Prova de função pulmonar; Radiografia com contraste; Sessões de psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional; Teste ergométrico.
IV)	180 (Cento e oitenta) dias
	Angiografia; Arteriografia; Angioplastia; Bera; Cirurgia ambulatorial; Cirurgia e Internação para tratamento de patologia adquirida após a assinatura da Ficha Cadastral do Associado e Dependentes; Colocação de DIU; Coronariografia; Diálise e Hemodiálise; Eletrococleografia; Eletroencefalograma digital; Fotocoagulação, microscopia e tomografia de coerência ótica; Hemodinâmica e cirurgia cardíaca; Laparoscopia diagnóstica e cirúrgica; Videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; Medicina nuclear (mapeamento, cintilografia, terapia); Mielografia / mielograma; Neuroradiologia; Oncologia (quimioterapia e radioterapia) incluindo-se tratamento clínico ou cirúrgico; Radiologia Intervencionista; Ressonância magnética; Tomografia computadorizada; Transfusões e hemoderivados; Ultrassonografia morfológica fetal, de próstata transretal com biópsia e ultrassonografia com doppler. Todos os procedimentos de alta complexidade (PAC) descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do atendimento; Demais exames não relacionados nos itens anteriores.
V)	300 (Trezentos) dias
	Parto a termo.
VI)	24 (Vinte e quatro) meses
	Doenças e lesões pré-existentes.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1. Doenças e lesões preexistentes são aquelas das quais o beneficiário titular e/ou seus dependentes saibam ser(em) portador(es) à época da admissão no plano. A cobertura obedecerá aos seguintes critérios no momento de contratação e/ou adesão.

8.2. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá haver cláusula de cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, conforme estabelece o artigo 7º da RN n.º 195/2009 atualizada pela RN n.º 200/2009.

8.3. Para os contratos com menos de 30 (trinta) vidas, no momento da adesão será preenchida pelo beneficiário a **DECLARAÇÃO DE SAÚDE** ou solicitado exame ou perícia pela **CONTRATADA**. Se for declarada ou constatada pelo exame ou perícia a existência de lesão ou doença que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, será oferecida cobertura parcial temporária da referida doença ou lesão, que compreende a **suspensão, por um prazo de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura para a doença ou lesão preexistente, na ocorrência de eventos cirúrgicos, na utilização de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.**

8.3.1. Os procedimentos de alta complexidade são aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, vigente na data de realização do evento.

8.4. Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, cessando-se a cobertura parcial temporária.

8.5. Será considerado fraudulento o comportamento consistente na omissão ou falsa declaração de doença ou lesão preexistente, de conhecimento prévio do beneficiário (titular e/ou dependente) vinculado à **CONTRATANTE**, não comunicado à **CONTRATADA**, sendo que, caso tal comportamento seja identificado, a **CONTRATADA** comunicará o beneficiário imediatamente para oferecimento de CPT e podendo a **CONTRATADA** instaurar procedimento administrativo junto à ANS, conforme norma vigente. Não haverá opção de agravo.

8.6. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

8.7. Em sendo realizada perícia no ato da contratação, a **CONTRATADA** não poderá alegar que o beneficiário (titular e/ou dependente) vinculado à **CONTRATANTE** era portador de doença ou lesão preexistente, exceto àqueles declarados no ato da contratação.

8.8. A **CONTRATADA** não será responsável pelo pagamento de nenhum tipo de despesa decorrente de procedimentos não previstos neste contrato, bem como daquelas não incluídas na cobertura contratual.

8.9. ESTA CLÁUSULA NÃO SE APLICA AOS CONTRATOS COM NÚMERO DE VIDAS IGUAL OU SUPERIOR A 30 (TRINTA).

CLÁUSULA NONA – DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1. As despesas com atendimentos de urgência e / ou emergência, terão cobertura se realizados dentro da rede referencial em unidades de pronto-socorro geral ou especializados, previamente determinados pela **CONTRATADA** (através de orientador médico ou correspondência específica), ou na impossibilidade justificada de utilização da mesma, nos casos que caracterize risco iminente de vida, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitada a opção contratual, compreendendo:

- a) Consultas médicas de urgência e/ou emergência;
- b) Atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência e/ou emergência, realizados em pronto-socorro;
- c) Curativos, aplicação de injeções e inalações de urgência e/ou emergência;
- d) Medicamentos e materiais cirúrgicos nacionais ou nacionalizados, administrados durante a permanência do paciente no pronto-socorro, e de uso específico em pronto-socorro.

9.2. Entendem-se como casos de emergência, aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

9.3. Os eventos ocorridos dentro dos prazos de carência, decorrentes de urgência e emergência, inclusive os referentes a complicações no processo gestacional, ficam limitados a um período de 12(doze) horas de atendimento em Pronto Socorro, não incluindo internação hospitalar, leitos ou procedimentos de alta complexidade, para fins de diagnósticos ou terapia. Quando necessário, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos

exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário vinculado à **CONTRATANTE**, não cabendo qualquer ônus à **CONTRATADA**.

9.4. Os eventos ocorridos dentro dos prazos de **cobertura parcial temporária**, decorrentes de urgência e emergência, ficam limitados a um período de 12(doze) horas de atendimento em Pronto Socorro, não incluindo internação hospitalar, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, para fins de diagnósticos ou terapia, **relacionados às doenças e lesões preexistentes**. Quando necessário, para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário vinculado à **CONTRATANTE**, não cabendo qualquer ônus à **CONTRATADA**.

9.5. Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, conforme artigo 3º da Resolução CONSU n.º 13/1998.

9.6. Nos casos de urgência e emergência em que o beneficiário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela **CONTRATADA**, dentro da área de abrangência territorial deste instrumento, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada, descrita na cláusula 10.5 do presente contrato.

9.6.1. A impossibilidade de utilização da rede credenciada será demonstrada à **CONTRATADA** pelo beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** e / ou seu dependente, através de declaração, onde o mesmo justificará os fatos que resultaram tal situação, e acompanhada, se possível, de relatórios médicos e de exames que a comprovem.

Remoção

9.7. Serão cobertas as despesas com remoção inter-hospitalar do beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** e seus dependentes, em ambulância, por via terrestre e com recomendação médica, quando previamente autorizadas ou solicitadas pela **CONTRATADA**, sob as seguintes condições, observados os demais requisitos estabelecidos pela norma específica vigente:

- a) Esteja o evento coberto pela opção contratual;
- b) Quando no hospital em que se encontre não tenha disponibilidade de recursos médico-hospitalares (constatado e comprovado pelo médico assistente) indispensáveis ao tratamento do(a) beneficiário(a);
- c) Se o evento ocorrer dentro dos limites geográficos da opção contratual, mesmo nos casos de urgência e/ou emergência.

9.8. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de remoção inter-hospitalar quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, sendo que:

- a) Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** ou dependente e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a

responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA**, desse ônus;

b) Nas situações de urgência e emergência ocorridas durante o período de carência, se devidos contratualmente, em tendo passado as 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial, ou em menor período de tempo, caso o médico assistente tenha determinado a internação hospitalar, caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) Nos casos decorrentes de acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, se devidos contratualmente, em tendo passado as 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial, ou em menor período de tempo, caso o médico assistente tenha determinado a internação hospitalar, caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

d) Na remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;

e) Quando o beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** ou dependente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela unidade do SUS para o qual o(a) paciente foi transferido(a), a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

9.9. A **CONTRATADA** não se responsabilizará, em nenhuma hipótese, pela remoção do beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** ou dependente, caso este esteja sob alta hospitalar, prescrita pelo médico assistente.

9.10. Nos casos em que o atendimento não venha a se caracterizar como de urgência ou emergência e o evento se encontrar dentro do período de carência não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. A **CONTRATADA** fornecerá a cada beneficiário titular e seus respectivos dependentes, uma credencial de identificação onde constará o plano de atendimento em que está inscrito, cuja apresentação será obrigatória, juntamente com um documento oficial de identidade válido com foto (Cédula de Identidade, Carteira de Trabalho, Passaporte, etc.) do beneficiário paciente, sempre que os serviços ora contratados forem necessários.

10.1.1. Para fins de elaboração da Credencial de Identificação, para o cálculo da fatura da contraprestação pecuniária dos serviços prestados e para atendimento das exigências da ANS, a **CONTRATANTE** deverá informar no primeiro envio de informação do beneficiário, na Ficha Cadastral, cadastro completo de seus funcionários admitidos, conforme norma da Lei, ou seja, para cada beneficiário, titular ou dependente, a **CONTRATANTE** deverá informar o nome completo, gênero, data de nascimento, nome do pai, nome da mãe, PIS, CPF, RG, indicando o órgão expedidor, endereço residencial com número, bairro, Cidade, Estado, CEP, data de adesão ao plano, tipo de vínculo no plano (titular ou dependente) e grau de parentesco, no caso de dependente.

10.1.2. A **CONTRATANTE** se responsabiliza pela conferência e atualização dos seguintes dados: nome completo, gênero, data de nascimento, endereço, e no caso dos dependentes, também o grau de parentesco.

10.1.2.1. Nos casos de **Empresarial Individual e MEI**, a **CONTRATANTE** obriga-se a enviar, anualmente, na data de aniversário do contrato, os documentos comprobatórios da manutenção de sua inscrição junto aos órgãos competentes, de sua regularidade cadastral junto à Receita Federal e do vínculo empregatício dos beneficiários titulares, quando for o caso.

10.1.3. As inclusões e exclusões de beneficiários deverão ser encaminhadas à **CONTRATADA** até vinte dias antes da data de vencimento da fatura.

10.1.4. Em caso de perda, furto ou roubo da credencial de identificação, a responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** cessará apenas após a comunicação por escrito, acompanhada do respectivo Boletim de Ocorrência Policial no caso de furto ou roubo.

10.1.5. No caso de exclusão do beneficiário ou rescisão contratual, a **CONTRATANTE** fica obrigada a devolver a credencial de identificação, encaminhando-a à **CONTRATADA**, sob pena de responder pelos custos do uso indevido das credenciais não devolvidas, acrescidos de 30% a título de taxa administrativa.

10.1.6. As despesas decorrentes do eventual atendimento prestado, após o dependente ter perdido a sua qualidade do beneficiário, em razão do não atendimento ao disposto acima, serão suportadas integralmente pela **CONTRATANTE**.

10.1.7. Todo e qualquer serviço realizado sem a apresentação do documento oficial de identidade, bem como da guia de autorização (se for o caso), terá o custo correspondente sob a responsabilidade da **CONTRATANTE**, sem qualquer ônus para a **CONTRATADA**.

10.1.7.1. Constitui exceção ao disposto no item acima a necessidade de atendimento de urgência ou emergência devidamente comprovado.

Das Normas para Atendimento

10.2. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o beneficiário deverá entrar em contato diretamente com estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, para a marcação prévia da consulta ou exame, e apresentar os seguintes documentos:

I - Cartão de Identificação do beneficiário; e

II - Documento Oficial de identidade do beneficiário-paciente.

10.2.1. Para a liberação de exames e procedimentos deverão constar no pedido médico o nome e CRM do médico, bem como a justificativa médica com a Hipótese Diagnóstica (HD).

Da Autorização Prévia

10.3. Para a realização dos procedimentos relacionados abaixo, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, além do cartão de identificação e documento de identidade, a guia de autorização devidamente emitida e assinada pela **CONTRATADA**:

a) Internações: Clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas;

b) Remoções;

c) Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias.

10.3.1. Nos casos em que seja necessária a autorização prévia, fica garantido aos **BENEFICIÁRIOS** da **CONTRATANTE** e aos seus dependentes a liberação da guia de autorização no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, conforme estabelece o artigo 4º, IV, da Resolução CONSU n.º 8/98, e suas alterações supervenientes.

10.3.2. No caso das internações eletivas, será necessário retirar a guia de autorização antes da data prevista de internação. A guia indicará obrigatoriamente o hospital onde será realizada a internação, correspondente ao evento / procedimento de acordo com a opção contratual, com o número de dias autorizados, que será fornecida por um período equivalente à média de dias para casos idênticos.

10.3.3. No ato da admissão no hospital credenciado, o(a) beneficiário(a) exibirá os documentos necessários para internação.

10.3.4. Respeitadas as carências e coberturas parciais temporárias, exclusões e limitações contratuais, para os casos de **URGÊNCIA** e **EMERGÊNCIA**, o hospital credenciado deverá providenciar em até 48 (quarenta e oito) horas úteis após o ingresso:

- a) Declaração do médico assistente, constando o número do CRM do mesmo (relatório completo, inclusive com exame físico e resultados dos exames complementares, em letra legível), justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento proposto, a provável data do início da enfermidade e o tempo previsto de permanência;
- b) Nos casos de Acidente Pessoal, este deverá ser perfeitamente caracterizado no relatório do médico assistente no ato da internação.

10.3.5. Para efeito das coberturas previstas no presente contrato, a internação somente se inicia com a autorização expressa da **CONTRATADA**, sendo que nos casos de internação de urgência e / ou emergência a autorização da **CONTRATADA** retroagirá ao momento do ingresso do **BENEFICIÁRIO** no hospital, inexistindo direito a cobertura contratual e realizados os procedimentos de urgência ou emergência, o **BENEFICIÁRIO** será transferido para o SUS ou, caso o mesmo opte em permanecer em unidade hospitalar diferente, arcará com todas as despesas incidentes, exonerando a **CONTRATADA** de qualquer responsabilidade.

10.3.6. As questões relacionadas com despesas e / ou tratamentos não abrangidos pelo presente contrato deverão ser tratadas diretamente com o hospital que realizar a internação, não cabendo nenhum ônus à **CONTRATADA**.

10.3.7. A prorrogação de internação será concedida somente mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido e a duração provável da mesma.

10.3.8. No caso de internação em hospital da Rede Credenciada, em havendo necessidade de permanência do **BENEFICIÁRIO** internado por período superior a 15 (quinze) dias, o caso será avaliado pelo Auditor Médico da **CONTRATADA** e, com a concordância do Médico Assistente e não trazendo risco à saúde do paciente/beneficiário, a continuidade da internação poderá ser concluída em hospital da Rede Preferencial da **CONTRATADA**.

10.3.9. A **CONTRATADA** não será responsável por quaisquer despesas decorrentes de hospitalização do **BENEFICIÁRIO** sem a necessária indicação dos médicos credenciados e / ou sem a devida emissão de **GUIA DE INTERNAÇÃO** correspondente, devidamente regularizada, salvo os casos de urgência e emergência.

10.3.10. A **CONTRATADA** não será responsável por quaisquer despesas decorrentes de atendimentos, exames ou tratamentos que estejam fora dos limites estabelecidos para o tipo e categoria de Plano de Atendimento escolhido.

Dos Procedimentos de Auditoria, Perícias e Divergências Médicas

10.4. A **CONTRATADA** reserva-se no direito de realizar, em caso de situações de divergência médica, a definição do impasse, através de junta médica, constituída conforme regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10.4.1. Após a análise da junta médica, fica reservado à **CONTRATADA** o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e / ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste contrato, nos exatos termos do parecer da junta médica.

10.4.2. A **CONTRATADA** poderá solicitar em qualquer época, informações sobre o estado de saúde do **BENEFICIÁRIO** do **CONTRATANTE** e dos dependentes aos profissionais de saúde que os tenham assistido, assim como ter total acesso a seus prontuários médicos anteriores ou posteriores à assinatura deste contrato, ficando os mesmos autorizados a fornecer à **CONTRATADA** todas as informações solicitadas.

Dos Serviços Próprios e Rede Credenciada

10.5. Os profissionais e instituições credenciados são aqueles constantes do Orientador Médico e correspondentes à respectiva **categoria do plano contratado**.

10.5.1. A atualização da rede credenciada (inclusões e exclusões), será procedida eletronicamente, no endereço eletrônico (sítio) da **CONTRATADA** – **www.cruzazulsaude.com.br**

10.5.2. A **CONTRATADA** reserva-se no direito de cancelar a garantia de cobertura assistencial em relação aos serviços preferenciais de hospitais, oferecendo outro equivalente mediante comunicação ao **CONTRATANTE** e à ANS ou instituição que vier a substituí-la, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, ressalvados deste prazo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, em conformidade ao disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei n.º 9.656/98.

10.5.3. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o item anterior, ocorrer por vontade da **CONTRATADA** e durante o período de internação do beneficiário, o estabelecimento poderá, justificadamente, manter a internação, sendo que a **CONTRATADA** arcará com as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico e na forma do contrato.

10.5.4. Excetua-se do previsto no item anterior, o caso de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação, situação em que a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Dos Casos de Reembolso

10.6. No caso de o beneficiário (titular ou dependente) necessitar de Assistência Médica fora dos locais onde a **CONTRATADA** tenha serviços credenciados, **porém respeitada a abrangência geográfica, nas situações de urgência ou emergência**, quando não for possível a utilização dos

serviços credenciados, este terá as despesas reembolsadas, obedecendo a tabela de preços estipulada pela **CONTRATADA** para os seus prestadores, devidamente registrada.

10.6.1. A análise para o reembolso previsto nos termos deste contrato será efetuada mediante o preenchimento do Pedido de Reembolso e a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico ou CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;
- b) Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnósticos e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por Nota Fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;
- c) Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.

10.6.2. Para os dependentes os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o titular.

10.6.3. Somente será reconhecido pela **CONTRATADA**, o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais que forem entregues pessoalmente no departamento de auditoria médica da **CONTRATADA**, devidamente conferidos e aceitos com protocolo numerado. Após aceitação dos documentos apresentados e a comprovação com a devida aprovação do evento e das despesas, através de auditoria médica, o pagamento do reembolso será efetuado em 30 dias.

10.6.4. Em nenhuma hipótese a **CONTRATADA** aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

10.6.5. O reembolso das despesas será efetuado através de cheque nominal para o titular ou responsável, quando menor de idade, ou depósito na conta do mesmo.

10.6.6. O valor do reembolso não poderá ser superior ao valor constante na tabela praticada pela **CONTRATADA** junto a sua rede de prestadores.

10.6.7. Para que o reembolso seja efetivado, o beneficiário (titular ou dependente) deverá caracterizar perfeitamente o evento, através da documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano após o evento.

Dos Custos Administrativos

10.7. Serão custeados pelo **CONTRATANTE** os seguintes encargos administrativos, incluídos no boleto bancário subsequente ao evento:

- I** - Custo de emissão de segunda via da carteira de identificação do beneficiário;
- II** - Custo de emissão de segunda via de boleto de cobrança.

10.7.1. Os custos das segundas vias de credencial de identificação e boleto de cobrança estão vinculados ao extravio das primeiras vias, colocadas à disposição do **CONTRATANTE** gratuitamente.

Da Mudança de Categoria de Plano

10.8. A mudança de **categoria do plano**, após a inscrição do beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** na categoria constante da Ficha Cadastral do Associado e Dependentes, obedecerá às seguintes normas e carências:

- a) Pagamento da nova mensalidade, conforme tabela vigente na época da assinatura do termo aditivo ao contrato em vigor;
- b) O tempo de permanência mínimo dentro de cada categoria escolhida é de 12 (doze) meses, a contar da vigência do contrato ou do termo aditivo referente à última mudança de categoria.

10.8.1. Caso o beneficiário vinculado à **CONTRATANTE** opte pela mudança da Categoria Enfermaria para Categoria Apartamento, as carências referentes à nova acomodação (apartamento) deverão ser cumpridas integralmente a contar da data da mudança de categoria, fixada em 180 (cento e oitenta) dias, mantendo-se os demais direitos de carências adquiridos durante a vigência da categoria de acomodação do plano anterior (enfermaria).

10.8.2. Não incidirá carência quando a mudança de plano se fizer da Categoria Apartamento para a Categoria Enfermaria.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1. A contraprestação pecuniária devida pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, decorrente do presente contrato denomina-se Taxa Mensal, de modalidade pré-pagamento, que consiste no faturamento antecipado dos valores pactuados para as categorias de planos de assistência médico-hospitalar previstos neste contrato.

11.2. Para cálculo de preço, ativação e vigência deste contrato será considerado número de beneficiários apresentado inicialmente. No caso de alterações superiores ou inferiores a 10% do total de beneficiários, seja no momento da contratação ou durante a vigência deste documento, fica estabelecido que os valores das mensalidades serão revistos em função do aumento dos custos.

11.3. A **CONTRATANTE** efetuará pagamento da 1ª parcela da mensalidade no ato da assinatura deste contrato.

11.4. A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar as mensalidades à **CONTRATADA** até a data fixada na Ficha Cadastral e nos respectivos boletos mensais.

11.5. Quando a data de vencimento da contraprestação ocorrer em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado até o primeiro dia útil subsequente.

11.6. As partes reconhecem que o valor da mensalidade é dívida líquida e certa, podendo a **CONTRATADA** exigí-la judicialmente, quando for o caso.

11.7. Nos casos em que os beneficiários forem cadastrados após a data de fechamento da fatura mensal, a cobrança dos valores relativos ao período em que usufruírem o atendimento médico e hospitalar será feita no mês seguinte.

11.8. A **CONTRATANTE** deverá comunicar à **CONTRATADA** por escrito ou através do SAC, caso não receba o boleto ou documento de cobrança até 03 (três) dias antes do vencimento, para que seja orientada a como proceder ao pagamento, pois tal fato não a eximirá de efetuar o pagamento na data devida, sob pena de arcar com os encargos previstos contratualmente.

11.9. O pagamento antecipado dos custos mensais não quita débitos anteriores, nem elimina ou reduz os prazos de carência e de cobertura parcial temporária, se devidos contratualmente.

11.10. Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovante devidamente autenticado pelo Banco ou local estabelecido pela **CONTRATADA** ou observar a forma estabelecida para o pagamento.

11.11. À mensalidade em atraso será acrescida multa de 2% (dois por cento) sobre o valor original, mais juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

11.12. O atraso no pagamento da mensalidade e/ou encargos implicará na imediata suspensão do direito objeto deste contrato, independente de qualquer aviso ou notificação. O direito de uso será readquirido a partir da zero hora do dia seguinte em que foi regularizado o pagamento atrasado, com os encargos contratuais, desde que o contrato já não tenha sido cancelado.

11.12.1. A **CONTRATADA** não é obrigada a aceitar o pagamento do débito em atraso citado na cláusula acima, podendo considerar o **CONTRATO RESCINDIDO DE PLENO DIREITO**, observada as disposições deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE

12.1. Os valores da Mensalidade e da TABELA DE PREÇO (para novas adesões) serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice de sinistralidade, que será apurado no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário, considerada como o mês de assinatura do contrato, conforme a seguir determinado.

12.2. Os contratos coletivos empresariais, com menos de 30 (trinta) beneficiários, enquadrados no agrupamento previsto na RN n.º 309, serão reajustados no mês de aniversário do contrato, através de índice calculado pela Operadora, da seguinte forma:

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

S = Sinistralidade apurada no período

S_n = Meta Sinistralidade expressa em contrato

12.3. Serão consideradas como integrantes do agrupamento todos os contratos coletivos (empresariais e por adesão) com menos de 30 (trinta) beneficiários ativos, na respectiva data de apuração.

12.4. A quantidade de beneficiários será apurada anualmente no mês do aniversário do contrato, conforme determinação da ANS.

12.5. Se na data de apuração, a quantidade de beneficiários do contrato agregado for igual ou superior a 30 (trinta), este contrato ficará automaticamente desagregado do agrupamento, tendo como base para aplicação de reajuste, o índice de sinistralidade (despesas/receitas) conforme previsão nas cláusulas abaixo.

12.6. O percentual de reajuste para os contratos agregados será divulgado pela Operadora até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, no site www.cruzazulsaude.com.br contendo a identificação das empresas **CONTRATANTES** que sofrerão o reajuste com base neste índice, o código do Registro de Planos Coletivos, além do número de registro do plano na ANS.

12.7. Às empresas **CONTRATANTES** com a quantidade de beneficiários ativos igual ou superior a 30 (trinta) na data de apuração, será aplicado o indicador mínimo de reajuste, calculado com base no índice autorizado pela ANS. Caso a sinistralidade do contrato ultrapasse o percentual de 70% (setenta por cento), o índice reajuste aplicado será de livre negociação entre as partes.

12.8. No caso de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo será procedido de forma complementar ao reajuste anual.

12.9. Não será aplicado reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei n.º 9.656/98.

12.9.1. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste contrato no mesmo plano.

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

Pool de Risco

12.10. Este contrato integra o agrupamento de contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

12.10.1. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

12.10.2. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado da **CONTRATADA**.

12.10.3. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura / mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 12.11.

12.10.4. Se este contrato **não** for agrupado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 12.12.

12.10.5. Ficarão disponíveis no sítio eletrônico desta operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

12.11. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

12.11.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice de reajuste anual para planos individuais / familiares, divulgado pela ANS. Este reajuste será apurado válido para o período compreendido entre os meses de maio a abril do ano subsequente, e será aplicado no mês de aniversário do contrato.

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

$$R = (S/S_n) - 1,$$

Onde: S = Sinistralidade apurada no período

S_n = Meta de Sinistralidade expressa

12.11.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.11.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.11.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir:

12.11.2.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sn), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos anteriores ao período de aplicação do reajuste, compreendido entre março e fevereiro do ano subsequente.

12.11.2.2. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade previsto no item 12.11.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.4.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.12. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item:

12.12.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o índice de reajuste anual para planos individuais / familiares, divulgado pela ANS. Este reajuste será válido para o período compreendido entre o mês de maio a abril do ano subsequente, e será aplicado no mês de aniversário do contrato.

12.12.1.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.12.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.12.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir:

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

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

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

Onde: S = Sinistralidade apurada no período Sn = Meta de Sinistralidade expressa em contrato

12.12.2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.12.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.12.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

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

12.15. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei n.º 9.656/98.

12.16. Os reajustes efetuados serão comunicados à ANS, conforme determinado pela legislação em vigor.

12.17. Se este contrato for agrupado na forma do item 12.10, ser-lhe-á aplicado o reajuste observando os critérios estabelecidos no item 12.11.

12.18. Se este contrato **não** for agrupado na forma do item 12.10, ser-lhe-á aplicado o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 12.11.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

13.1. A mensalidade estipulada na data de início do plano de assistência médica será aquela estabelecida na tabela de mensalidades da **CONTRATADA**, para a faixa-etária em que se encontram a **CONTRATANTE** e seus dependentes.

13.2. As faixas etárias de que trata o plano de assistência médica são as seguintes:

FAIXAS ETÁRIAS		
I	– De 00 anos a 18 anos	
II	– De 19 anos a 23 anos	– Quando completar 19 anos
III	– De 24 anos a 28 anos	– Quando completar 24 anos
IV	– De 29 anos a 33 anos	– Quando completar 29 anos
V	– De 34 anos a 38 anos	– Quando completar 34 anos
VI	– De 39 anos a 43 anos	– Quando completar 39 anos
VII	– De 44 anos a 48 anos	– Quando completar 44 anos
VIII	– De 49 anos a 53 anos	– Quando completar 49 anos
IX	– De 54 anos a 58 anos	– Quando completar 54 anos
X	– De 59 anos ou mais	– Quando completar 59 anos

13.2.1. Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário (titular ou dependente), que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da contribuição será aumentado a partir do mês da mudança de faixa etária, de acordo com os percentuais estipulados neste contrato, independentemente do índice de reajuste financeiro estabelecido.

Mudança de Faixa Etária	Ideal (pme)	Clássico (pme)	Supremo (pme)
Ao completar 19 (dezenove) anos	+21,200000%	+21,201672%	+21,203246%
Ao completar 24 (vinte e quatro) anos	+12,507113%	+12,505388%	+12,504082%
Ao completar 29 (vinte e nove) anos	+8,147886%	+8,149738%	+8,147804%
Ao completar 34 (trinta e quatro) anos	+13,702474%	+13,700135%	+13,704439%
Ao completar 39 (trinta e nove) anos	+11,446551%	+11,444863%	+11,443679%
Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos	+31,082079%	+31,082592%	+31,081081%
Ao completar 49 (quarenta e nove) anos	+19,590067%	+19,591323%	+19,590861%
Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos	+49,995291%	+49,996433%	+49,997298%
Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos	+36,544136%	+36,543401%	+36,543468%

% = Percentual de reajuste por alteração de faixa etária.

13.2.1.1. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária atendem à RN n.º 63/03 e suas atualizações, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE MANUTENÇÃO DO PLANO PARA DEDITOS E APOSENTADOS

14.1. A **CONTRATANTE** assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98, observada a Resolução Normativa - RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações.

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

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

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

14.3. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, conforme disposto no artigo 30, § 2º e no artigo 31, § 2º da Lei n.º 9.656/98, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar, conforme disposto no artigo 7º, § 1º da RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações;

14.4. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, conforme disposto no artigo 10 da RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações.

14.5. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário, conforme disposto no artigo 7º, § 2º da RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações.

14.6. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98 e no artigo 8º da RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações.

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

de trabalho, conforme disposto nos artigos 30, § 4º e 31, § 2º da Lei n.º 9.656/98 e no artigo 9º da RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações.

14.8. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações; ou
- b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão conforme disposto nos artigos 30, § 5º e § 2º da Lei n.º 9.656/98 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações; ou
- c) Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações).

14.9. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN n.º 279/2011, e suas posteriores alterações, c/c as disposições da RN 438/18 e suas posteriores alterações, ambas editadas pela ANS.

14.10. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei n.º 9.656/98 e na RN n.º 279/2011, editada pela ANS, e suas posteriores alterações.

Do Cancelamento do Benefício do Plano Privado de Assistência à Saúde

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

- a) A **CONTRATADA** disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar.

14.11.1. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Plano de Assistência à Saúde para Beneficiários Inativos

14.12. O **CONTRATANTE** deverá oferecer e manter para seus beneficiários inativos plano privado de assistência à saúde na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, do plano de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

14.12.1. Fica facultado ao **CONTRATANTE** a contratação de um outro plano privado de assistência à saúde na mesma segmentação com rede assistencial, padrão de acomodação e área geográfica de abrangência diferenciadas daquelas mencionadas no item 14.12 como opção mais acessível a ser oferecida juntamente com o plano privado de assistência à saúde ora contratado para escolha do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

15.1. Serão excluídos do presente contrato, os **BENEFICIÁRIOS TITULARES** que deixarem de pertencer ao quadro de funcionários da **CONTRATANTE**, cessando, por consequência, os seus direitos e os de seus dependentes.

15.2. A exclusão do beneficiário titular dar-se-á nas seguintes condições:

- a) Quando solicitada a sua exclusão pela **CONTRATANTE**;
- b) Quando solicitar o seu desligamento, através da **CONTRATANTE**;
- c) Quando falecer;
- d) Fraude; em decorrência do julgamento e confirmação de fraude na Declaração de Saúde pela ANS;
- e) Pela extinção do vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**;
- f) Em decorrência de rescisão do contrato pela **CONTRATANTE**.

15.2.1. A exclusão dos beneficiários dependentes dar-se-á nas seguintes condições:

- a) A pedido do beneficiário titular, através da **CONTRATANTE**;
- b) Quando do falecimento do beneficiário titular;
- c) Quando da exclusão do beneficiário titular da **CONTRATANTE**;
- d) Em sendo cônjuge, com o encaminhamento de sentença homologatória de separação judicial e /ou divórcio, junto com a solicitação por escrito da **CONTRATANTE** ou do titular do plano;
- e) Fraude, em decorrência do julgamento e confirmação de fraude na Declaração de Saúde pela ANS;
- f) Utilização indevida de documentação ou credencial de identificação do **BENEFICIÁRIO**, sendo que nestes casos todas as despesas decorrentes serão de total responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, sem prejuízo das penalidades previstas no Código Penal;
- g) Omissão ou distorção de informações em prejuízo da **CONTRATADA** ou do resultado de perícia ou exames;
- h) Em decorrência de rescisão do contrato pela **CONTRATANTE**.

15.3. No caso de exclusão, a **CONTRATANTE** fica obrigada a proceder ao recolhimento da credencial encaminhando-a à **CONTRATADA**, ficando, outrossim, a **CONTRATANTE** e o ex-beneficiário, responsáveis pelo uso indevido das credenciais não devolvidas, arcando com os custos de atendimentos realizados após a data da exclusão, com acréscimo de 30% (trinta por cento), a título de taxa administrativa.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA RESCISÃO

16.1. A rescisão poderá ocorrer a qualquer tempo pelas partes, após decorrido o primeiro ano de contratação e terá obrigatoriamente que ser protocolado com aviso por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência, caso em que a **CONTRATANTE** ficará desobrigada de qualquer ônus, exceto dos que resultem das obrigações contratuais.

16.2. A rescisão contratual não desobriga a **CONTRATANTE** ao pagamento dos débitos vencidos, danos ocorridos e/ou período faltante para o término do contrato.

16.3. O valor mínimo da perda e/ou dano causado à **CONTRATADA** será calculado com base no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das mensalidades vincendas (até o máximo de seis mensalidades). Caso o prejuízo a ser suportado pela **CONTRATADA** seja superior ao montante apurado a título de multa, fica, conforme autorizado pelo parágrafo único do artigo 416 do Código Civil vigente, ressalvado o direito da **CONTRATADA** exigir o complemento do valor. Esta multa restringe-se apenas ao primeiro ano de vigência do contrato.

16.4. O contrato poderá ser rescindido por inadimplência, mediante comunicação prévia à **CONTRATANTE**, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.

16.5. Além da rescisão pelo atraso nos pagamentos das mensalidades, o contrato pode ainda ser rescindido automaticamente, a qualquer momento, de pleno direito, excluindo-se os beneficiários, após a devida notificação judicial ou extrajudicial, pelos seguintes motivos:

- a) Falta grave por quaisquer das partes;
- b) Se a **CONTRATANTE** ou seu(s) beneficiário(s) tiver(em) praticado qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro, que tenha influído na aceitação das condições deste contrato;
- c) O beneficiário, familiares, acompanhantes ou representantes que danificarem instalações, causarem ônus ou desacatarem funcionários da **CONTRATADA** ou da rede credenciada, no exercício de suas funções;
- d) Comprovado que ocorrido alteração substancial na sinistralidade, não sendo suportável financeiramente pela **CONTRATADA** e que após negociação, não seja possível haver acordo entre as partes para recomposição do equilíbrio financeiro ou técnico-atuarial do contrato;
- e) O requerimento da falência ou insolvência civil da **CONTRATANTE**, independentemente de qualquer aviso ou notificação extrajudicial, cessando de imediato a prestação dos serviços;
- f) O requerimento de liquidação extrajudicial da **CONTRATADA** nos moldes do Artigo 23 da Lei n.º 9.656/98.

16.6. No caso de **Empresário Individual e MEI**, a **CONTRATADA** poderá rescindir o contrato na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia à **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devendo apresentar as razões da rescisão no ato da comunicação.

16.7. No caso de **Empresário Individual e MEI**, se a **CONTRATANTE** não comprovar, anualmente, na data de aniversário do contrato, sua regularidade cadastral junto à Receita Federal e inscrição junto aos demais órgãos competentes, a **CONTRATADA** poderá rescindir o contrato, desde que notifique com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

16.8. No período de rescisão / aviso prévio, o número de beneficiários não poderá ser alterado, garantido o faturamento igual ao do mês anterior àquele do motivo da denúncia, exceto os demitidos comprovadamente documentados.

16.9. Havendo investimentos necessários à celebração do contrato por parte da **CONTRATADA** para atender as necessidades acordadas com a **CONTRATANTE** para prestação de serviço, o prazo para rescisão em sendo denunciado pela **CONTRATANTE**, deverá aguardar a amortização do investimento ou indenizar desde já o montante financeiro em voga.

16.10. A partir da data de término do período de rescisão e/ou aviso prévio, fica a **CONTRATANTE** obrigada a restituir à **CONTRATADA** as carteiras de identificação dos

beneficiários, guias de encaminhamento, outros documentos, móveis de escritório, de informática ou hospitalar estando em sua posse.

16.11. Quaisquer despesas decorrentes de atendimentos médicos e/ou hospitalar, obtidas indevidamente por qualquer beneficiário, após a rescisão ou cancelamento do contrato, será de exclusiva responsabilidade da **CONTRATANTE**, que reconhece que as mesmas constituem dívida líquida e justa, acrescida de 30% (trinta por cento) a título de taxa administrativa, exigível em favor da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. As declarações prestadas pela **CONTRATANTE** ou seus empregados farão parte integrante deste contrato, ficando a **CONTRATADA** autorizada a utilizá-las a qualquer tempo, no amparo e na defesa de seus direitos sem que a utilização implique em ofensas ao sigilo profissional.

17.2. A **CONTRATADA** poderá solicitar, em qualquer época, informações sobre o estado de saúde, atual e passado, dos beneficiários da **CONTRATANTE** aos médicos que os tenham assistido, ficando os referidos médicos autorizados a fornecerem ao corpo médico da **CONTRATADA** as informações solicitadas, sem que isto constitua quebra de sigilo profissional.

17.3. A **CONTRATADA** não aceitará qualquer presunção por parte da **CONTRATANTE** de circunstâncias que não constem no presente instrumento jurídico, de seus aditivos, Ficha Cadastral, Declaração de Saúde ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

17.4. A **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** todos os documentos que lhe forem exigidos, necessários à prova de eventuais direitos de seus beneficiários, bem como levar ao conhecimento da **CONTRATADA** quaisquer fatos que impliquem alterações contratuais.

17.5. A **CONTRATANTE** divulgará aos seus beneficiários as cláusulas aqui pactuadas com objetivo de esclarecimento das normas e condições estabelecidas.

17.6. A **CONTRATANTE** compromete-se a orientar os seus beneficiários a participarem e seguirem as orientações dos programas e atividades de medicina preventiva desenvolvidas pela **CONTRATADA** ou por órgãos governamentais, visando a prevenção de doenças.

17.7. A marcação de consultas, exames ou quaisquer outros procedimentos deverá ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de urgência/emergência, assim como pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 05 (cinco) anos de idade.

17.8. Os direitos e benefícios concedidos, aqui expressos e pactuados, são pessoais e intransferíveis sob qualquer título ou fundamento.

17.9. Qualquer tolerância por parte da **CONTRATADA**, quanto ao pactuado neste instrumento, não implica perdão, novação, renúncia ou alteração.

17.10. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo BENEFICIÁRIO com hospitais, entidades ou médicos, credenciados ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do BENEFICIÁRIO.

17.11. Fica o BENEFICIÁRIO TITULAR responsável por todos os atos praticados pelos seus dependentes, quando da utilização das garantias de despesas assistenciais ora contratadas.

17.12. A todos os casos omissos, no que se refere à prestação da garantia de cobertura assistencial pactuada neste instrumento, serão aplicadas as disposições da Lei Federal n.º 9.656/98 e suas Resoluções Normativas, bem como de outros órgãos competentes e demais textos legais relacionados à saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO FORO

18.1. Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da CONTRATANTE, excluindo-se qualquer outro por mais privilegiado que seja, sendo o mesmo registrado sob o número: 1.505.123.