

## 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](http://www.cruzazulsaude.com.br) | (11) 3388-5000

### Definição dos planos individuais e/ou familiar

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

### Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde:

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	
<i>CARÊNCIA</i>	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei n.º 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para o parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.
<i>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</i>	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular a cobertura total, desde que cumpra as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN n.º 162/2007.
<i>REAJUSTE</i>	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusulas clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação disposto em contrato e atendendo a RN n.º 63/2003.

<p><i>VIGÊNCIA</i></p>	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.</p>
<p><i>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</i></p>	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>
<p><i>MECANISMO DE REGULAÇÃO</i></p>	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores, só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>
<p><i>ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</i></p>	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>
<p><i>DIREITOS DOS ARTIGOS 30 E 31, DA LEI N.º 9.656/1998, NOS PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS</i></p>	<p>Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada a coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanências neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício de decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.</p> <p>O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.</p> <p>Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.</p>

<p><i>COBERTURA E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i></p>	<p>Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá o direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei n.º 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigências pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas as previstas na Lei n.º 9.656/1998.</p> <p>A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos e empresariais é adicional e depende de contratação específica.</p>
<p><i>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</i></p>	<p>Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.</p>
<p><i>ÁREA DE ATUAÇÃO</i></p>	<p>É 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. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.</p>

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](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa de 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

## Plano IDEAL

### Guia de Leitura Contratual



**Cruz Azul Saúde**

**CNPJ:** 03.849.449/0001-17

**N.º de Registro:** 411752

[www.cruzazulsaude.com.br](http://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.	<b>07</b>
<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.	<b>07</b>
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	<b>07</b>
<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.	<b>07</b>
<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.	<b>11</b>
<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.	<b>16</b>
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	<b>19</b>

		Página do Contrato
<b>CARÊNCIA</b>	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.	<b>20</b>
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	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.	<b>21</b>
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	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.	<b>24</b>
<b>REAJUSTE</b>	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.	<b>29</b>
<b>RESCISÃO / SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente a vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	<b>31</b>
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI 9.656/1998)</b>	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 regulamentação.	Não se aplica a este plano

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](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)

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

**Plano IDEAL**

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 .....	11
05 – EXCLUSÕES DE COBERTURA .....	16
06 – DURAÇÃO DO CONTRATO .....	19
07 – PERÍODOS DE CARÊNCIA .....	20
08 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES .....	21
09 – ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	22
10 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO .....	24
11 – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE .....	28
12 – REAJUSTE .....	29
13 – FAIXAS ETÁRIAS .....	30
14 – PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO .....	31
15 – RESCISÃO .....	31
16 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	32
17 – FORO .....	32

*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 DO CONTRATANTE

Sr.(a) \_\_\_\_\_,  
Nascido (a) no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, Estado civil \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_,  
Nome do pai \_\_\_\_\_,  
Nome da mãe \_\_\_\_\_,  
RG n.º \_\_\_\_\_, Órgão expedidor \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_,  
Endereço completo \_\_\_\_\_,  
bem como seus dependentes declarados na Ficha Cadastral do Associado e Dependentes e na Declaração de Saúde.

### C – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Ideal (ANS n.º 484.483/19-1)

### D – TIPO DE CONTRATAÇÃO

INDIVIDUAL / FAMILIAR

### 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 e 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: **ENFERMARIA (COLETIVA)**

## 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

**1.1.** O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço preestabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, e sua regulamentação, a assistência médica e/ou hospitalar ao **CONTRATANTE**, bem como aos seus dependentes, através de médicos, hospitais e demais estabelecimentos credenciados, conforme as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, desde que observadas as cláusulas, termos e condições adiante expostas.

**1.2.** O atendimento será efetivado através de médicos, hospitais, laboratórios e clínicas especificamente contratados e/ou credenciados, mediante o pagamento, por parte do **CONTRATANTE**, das taxas de inscrição e mensalidades adiante especificadas, observando-se os limites regionais da área de abrangência.

**1.3.** Este contrato de garantia de cobertura de custos assistenciais à saúde reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, assumindo o **CONTRATANTE** o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **CONTRATADA** em garanti-la. Outrossim, este pacto está sujeito às normas estatuídas na Lei n.º 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la, bem como às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

**1.4.** Durante a vigência do presente instrumento, a assistência será prestada sem limite financeiro, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento. Considera-se para fins deste instrumento o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como referência para cobertura assistencial, sendo esta lista taxativa e restrita.

## 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 CONTRATANTE** - Pessoa que assina o contrato do plano de saúde com a **CONTRATADA**, sendo responsável pelas declarações constantes da **Ficha Cadastral do Associado e Dependentes / 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 **CONTRATANTE**, 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 **CONTRATANTE** 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 **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

**3.1.** É considerada **CONTRATANTE** a pessoa física inscrita no presente instrumento, que adere ao plano de assistência médica, beneficiando-se dos direitos previstos, cujos benefícios podem ser estendidos aos seus dependentes.

**3.1.1.** São considerados dependentes do beneficiário titular:

- a) O cônjuge civilmente casado com o beneficiário;
- b) O(A) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) Os(as) filhos, tutelados(as), curatelados(as) ou posse e guarda, incapaz, independente da idade;
- d) Pai, mãe, netos e irmãos.

**3.2.** Será assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

**3.3.** Será permitida a inclusão de novos dependentes, em data posterior à assinatura deste instrumento, sendo de responsabilidade do **CONTRATANTE** o pagamento da taxa de inscrição, bem como das mensalidades.

**3.3.1.** Os novos dependentes estarão sujeitos ao cumprimento dos períodos de carência previstos no presente contrato, bem como deverão optar pelo cumprimento do período de cobertura parcial temporária com referência a suspensão de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, por um período de 24 (vinte e quatro) meses.

**3.4.** Fica assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO** ou de seu dependente, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto.

**3.4.1.** Ao recém-nascido, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou cobertura parcial, mediante pagamento das Taxas de Implantação e Mensalidade de Manutenção, bem como assinatura da Proposta de Adesão pelo pai ou responsável.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**4.1.** A **CONTRATADA** assegurará ao **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](http://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 **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, sem o cumprimento de carência ou cobertura parcial temporária, depois dos primeiros 30 (trinta) dias após o parto, 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, regulamentada 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 **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 **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 peritoneal - 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.

#### **Sessões de psicoterapia e/ou terapia ocupacional**

**4.14.** 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 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**

**4.15.** 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)**

**4.16.** 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.

**4.17.** 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)**

**4.18.** 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, vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

### **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 9.656/98, e constantes da Diretriz de Utilização de Tratamento - 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 do 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 toalete, 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 na 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 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 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 do contrato e da Ficha Cadastral do Associado e Dependentes ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

**6.2.** Findo o prazo da primeira vigência, o contrato será renovado automaticamente por igual período, sem que haja cobrança de taxas de admissão ou qualquer outro valor relativo à renovação.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

**7.1.** A relação de carências especificadas abaixo deverá ser aplicada em conformidade com as coberturas expressamente previstas nos itens e cláusulas deste contrato, para a modalidade de plano contratado, indicada na Ficha Cadastral do Associado e Dependentes, sendo certo que **os prazos indicados terão seu início a partir da data de vigência do contrato.**

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

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

III)	<b>90 (Noventa) dias</b>
	<p>Broncoscopia simples, <b>exceto broncoscopia considerada procedimento de alta complexidade (PAC), conforme Rol de Procedimentos da ANS vigente na data do atendimento;</b></p> <p>Colangiografia; Colonoscopia; Densitometria óssea; Ecocardiograma com doppler; Eletroencefalograma simples; Eletroneuromiografia; Endoscopia; Exames oftalmológicos; exceto <b>fotocoagulação, microscopia, tomografia de coerência ótica;</b> Exames de otorrinolaringologia, <b>exceto bera e eletrococleografia;</b> 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.</p>

<b>IV)</b>	<b>180 (Cento e oitenta) dias</b>
	<p>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.</p> <p>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.</p>

<b>V)</b>	<b>300 (Trezentos) dias</b>
	Parto a termo.

<b>VI)</b>	<b>24 (Vinte e quatro) meses</b>
	Doenças e lesões pré-existentes.

## CLÁUSULA OITAVA – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

**8.1.** Considera-se como Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

**8.2.** O **CONTRATANTE** poderá escolher um profissional cujo nome conste da relação de credenciados da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus. Fica assegurada ao **CONTRATANTE** e seus dependentes, a cobertura das despesas de assistência médico-hospitalares referentes a doenças e lesões preexistentes à assinatura do contrato, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitando-se as questões referentes à urgência e emergência, observadas as condições constantes nesta Cláusula.

**8.2.1.** O **CONTRATANTE** fica obrigado a apresentar, em relação a si e seus dependentes, a competente Declaração de Saúde, informando à **CONTRATADA** a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes de cada um dos proponentes, sob pena de imputação de fraude, sujeitando-se à suspensão ou denúncia do contrato, conforme disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13 da Lei nº 9.656/98, e de acordo com o artigo 766 do Código Civil, pois se o **CONTRATANTE** não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na proposta, perderá o direito às coberturas previstas e valores pagos, caso seja julgado procedente o processo de fraude apresentado à ANS, conforme norma vigente, além de ser o **CONTRATANTE** responsável pelas despesas ocorridas.

**8.2.2.** O **CONTRATANTE** poderá, para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde, optar por orientação médica para responder às questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências em relação à sua admissão.

**8.2.3.** Caso o **CONTRATANTE** opte por médico não constante da referida relação, arcará com o ônus decorrente dessa opção.

**8.2.4.** Caso o **CONTRATANTE** opte por médico não constante da referida relação, arcará com o ônus decorrente dessa opção.

**8.3.** Sendo constatada pela **CONTRATADA**, por perícia ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, 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 ao beneficiário a **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.**

**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.

**8.3.2.** Aludido período de cobertura parcial temporária será contado da data de inclusão de cada beneficiário.

**8.3.3.** 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.

**8.4.** 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.

**8.5.** A **CONTRATADA** não poderá alegar a existência de doenças ou lesões preexistentes se, no ato da contratação do presente contrato, o **CONTRATANTE** e seus dependentes tiverem passado por perícia médica.

## **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 **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 **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 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.

**9.6.1.** A impossibilidade de utilização da rede credenciada será demonstrada à **CONTRATADA** pelo **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 **CONTRATANTE** e seus dependentes, em ambulância, por via terrestre e com recomendação médica, quando previamente autorizadas ou solicitadas pela **CONTRATADA**, sob as seguintes condições:

- a) Esteja o evento coberto pela opção contratual;
- b) Impossibilidade de locomoção do paciente por outro meio de transporte;
- c) 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);
- d) 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 **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 **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 **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 ao **CONTRATANTE** e seus dependentes, credencial de identificação contendo plano e acomodação escolhidos, cuja apresentação será obrigatória, juntamente com documento de identidade válido com foto, para utilização de qualquer tipo de serviço prestado pela rede credenciada.

**10.1.1.** O **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.** Todo e qualquer serviço realizado sem a apresentação da necessária credencial de identificação, bem como da guia de autorização (se for o caso), terá o custo correspondente sob a responsabilidade do **CONTRATANTE**, sem qualquer ônus para a **CONTRATADA**.

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

**10.1.4.** Ocorrendo perda ou extravio da Credencial de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar o fato imediatamente à **CONTRATADA**, por escrito, responsabilizando-se pelo uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela **CONTRATADA**.

**10.1.5.** No caso de exclusão ou rescisão contratual, o **CONTRATANTE** fica obrigado a devolver a credencial de identificação, encaminhando-a à **CONTRATADA**, sob pena de responder pelos custos do uso indevido das credenciais não devolvidas.

**10.1.6.** O **CONTRATANTE** fica obrigado, quando da perda da qualidade de beneficiário pelo dependente, a devolver à **CONTRATADA** a documentação que possibilite a utilização deste contrato ou declaração equivalente firmada pelo dependente.

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

### **Da autorização prévia**

**10.2.** Para a realização dos procedimentos relacionados abaixo, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, além da credencial 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 Terapia.

**10.2.1.** Nos casos em que seja necessária a autorização prévia, fica garantido ao **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.

**10.2.2.** 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.

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

**10.2.4.** Respeitadas as carências e coberturas parciais temporárias, exclusões e limitações contratuais, para os casos de **URGÊNCIA** e **EMERGÊNCIA**, o hospital credenciado e/ou o beneficiário deverão providenciar em até 48 (quarenta e oito) horas 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.

**10.2.5.** 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.

**10.2.6.** 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**.

**10.2.7.** Na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao **CONTRATANTE** e seus dependentes o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

**10.2.8.** Se o **CONTRATANTE** optar por acomodação diferente da prevista no ato de sua adesão, ficará responsável, perante o hospital, pelo pagamento da diferença correspondente, assim como pela complementação dos honorários diretamente aos médicos e atendentes.

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

**10.2.10.** 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**.

**10.2.11.** 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.

### **Dos procedimentos de auditoria, perícias e divergências médicas**

**10.3.** 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.

**10.3.1.** 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, conforme parecer da junta médica.

**10.3.2.** A **CONTRATADA** poderá solicitar em qualquer época, informações sobre o estado de saúde do **CONTRATANTE** e dos dependentes aos médicos 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

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

**10.4.1.** A atualização da rede credenciada (inclusões e exclusões) será procedida eletronicamente, no endereço eletrônico (sítio) da **CONTRATADA** – [www.cruzazulsaude.com.br](http://www.cruzazulsaude.com.br)

**10.4.2.** 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.

**10.4.3.** 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.

**10.4.4.** 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

**10.5.** 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.

**10.5.1.** 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.

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

**10.5.3.** 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.

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

**10.5.5.** 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.**

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

**10.5.7.** 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**

**10.6.** 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.

**10.6.1.** 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**

**10.7.** A mudança de categoria do plano, após a inscrição do **CONTRATANTE** e/ou dependentes 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 contrato do novo plano de categoria apartamento 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.

**10.7.1.** Caso o **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).

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

**11.1.** Pela Prestação dos Serviços correspondentes ao presente contrato, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** a quantia mensal indicada na Ficha Cadastral do Associado e Dependentes, sempre na data de vencimento indicada, na modalidade de pré-pagamento.

**11.2.** As importâncias mensais correspondentes a cada um dos dependentes, se houver, também estão indicadas na Ficha Cadastral do Associado e Dependentes.

**11.3.** As mensalidades serão cobradas pelo sistema de pré-pagamento e terão seus vencimentos fixados em função da data da assinatura da Ficha Cadastral do Associado e Dependentes, vencendo as seguintes a cada 30 (trinta) dias subsequentes.

**11.4.** A forma de cobrança da mensalidade será através de fatura a ser emitida contra o **CONTRATANTE** e será em conformidade com o somatório dos preços fixados para cada beneficiário de acordo com a faixa etária e plano contratado, constante na Ficha Cadastral do Associado e Dependentes.

**11.5.** Os valores fixados para cada beneficiário estarão discriminados na fatura a ser emitida ao **CONTRATANTE**.

**11.6.** O pagamento da fatura mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Após esta data haverá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor a ser pago, acrescida de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e atualização monetária do período. O não recebimento da fatura por parte do **CONTRATANTE** no prazo de pagamento, não o isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, devendo este fato ser notificado em tempo hábil à operadora, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na aplicação de todas as condições que regem o presente Contrato.

**11.7.** O **CONTRATANTE** reconhece que os valores das mensalidades, descritos nas faturas emitidas, são dívidas líquida e certa, podendo a **CONTRATADA** exigí-la judicialmente, quando for o caso.

**11.8.** O pagamento antecipado dos custos mensais não elimina nem reduz os prazos de carência.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE

**12.1.** Mediante a autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o reajuste dos valores das faturas mensais será efetuado **anualmente**, no mês de aniversário do contrato, no percentual autorizado por aquela Agência. Na ausência do índice de correção determinado pela ANS, serão utilizados os índices oficiais do setor, de acordo com a seguinte fórmula:

**IRS = (Ref Méd x 0,501)+(S x 0,149)+(DT x 0,122)+(MM x 0,080)+(DG x 0,148), onde:**

**IRS** = Índice de reajuste em função da variação do índice setorial de custo;

**Ref Méd** = Variações de preços incorridas na lista de referência de procedimentos médicos, mediante comprovação da auditoria independente;

**S** = Variação dos salários pagos pela operadora, comprovados através de acordos, convenções e dissídios coletivos ou resultantes da política salarial oficial;

**DT** = Variação dos preços de diárias, taxas e demais serviços hospitalares, mediante comprovação de auditoria independente;

**MM** = Variação dos preços de medicamentos e materiais cirúrgicos, de acordo com a variação de preços divulgada pelo Guia Farmacêutico (Brasíndice) ou, na falta deste, apurada com base nos preços de mercado;

**DG** = Variação dos custos administrativos e operacionais, apurados de acordo com a variação percentual do IGP-DI, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou entidade que a substituir.

**12.1.1.** Os reajustes anuais abrangerão todos os beneficiários independentemente de sua faixa etária.

**12.1.2.** O critério de atualização aqui previsto poderá ter periodicidade inferior a um ano desde que haja autorização do órgão governamental competente.

**12.2.** Haverá, ainda, um reajuste a partir do mês da ocorrência da alteração de faixa etária do **CONTRATANTE** e /ou dependentes, observados os índices descritos na Cláusula 13ª, referente à variação de faixa etária.

### 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 o **CONTRATANTE** e seus dependentes.

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

<b>FAIXAS ETÁRIAS</b>		
<b>I</b>	– De 00 anos a 18 anos	
<b>II</b>	– De 19 anos a 23 anos	– Quando completar 19 anos
<b>III</b>	– De 24 anos a 28 anos	– Quando completar 24 anos
<b>IV</b>	– De 29 anos a 33 anos	– Quando completar 29 anos
<b>V</b>	– De 34 anos a 38 anos	– Quando completar 34 anos
<b>VI</b>	– De 39 anos a 43 anos	– Quando completar 39 anos
<b>VII</b>	– De 44 anos a 48 anos	– Quando completar 44 anos
<b>VIII</b>	– De 49 anos a 53 anos	– Quando completar 49 anos
<b>IX</b>	– De 54 anos a 58 anos	– Quando completar 54 anos
<b>X</b>	– 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 da mudança de faixa etária, de acordo com os percentuais estipulados neste contrato, independente do índice de reajuste financeiro estabelecido.

<b>Mudança de Faixa Etária</b>	<b>Percentual de Reajuste</b>
Ao completar 19 (dezenove) anos	+21,205128%
Ao completar 24 (vinte e quatro) anos	+12,502644%
Ao completar 29 (vinte e nove) anos	+8,149680%
Ao completar 34 (trinta e quatro) anos	+13,701012%
Ao completar 39 (trinta e nove) anos	+11,444475%
Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos	+31,082082%
Ao completar 49 (quarenta e nove) anos	+19,589658%
Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos	+49,998249%
Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos	+36,543265%

**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 – DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**14.1.** Haverá a perda da condição de beneficiário do plano de assistência à saúde nos seguintes casos:

**I** - No caso do **CONTRATANTE**:

- a) quando solicitar o cancelamento do plano;
- b) quando falecer;
- c) quando houver fraude ou inadimplência, conforme previsto na Cláusula 15ª, item 15.1.

**II** - No caso do dependente:

- a) a pedido do **CONTRATANTE**;
- b) quando o(a) cônjuge civilmente casado perder esta condição;
- c) quando o(a) companheiro(a) de união estável, na forma da lei, perder esta condição;
- d) tutelado(a)(s), curatelado(a)(s) ou posse e guarda quando deixar de existir a dependência econômica em relação ao **CONTRATANTE**;
- e) quando falecer.

**14.2.** A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com assunção das obrigações decorrentes.

**14.2.1.** O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei n.º 9.656/98.

**14.3.** O **CONTRATANTE** fica obrigado, quando da perda da qualidade de beneficiário pelo dependente, a devolver à **CONTRATADA** a documentação que possibilite a utilização deste contrato ou declaração equivalente firmada pelo dependente.

**14.4.** 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 pelo **CONTRATANTE**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA RESCISÃO**

**15.1.** A **CONTRATADA** não poderá rescindir o presente contrato, salvo nos casos de fraude, desde que comprovada perante ANS, ou não pagamento da mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

**15.2.** A **CONTRATADA** não é obrigada a aceitar o pagamento do débito em atraso citado na cláusula supra, podendo considerar o **CONTRATO RESCINDIDO DE PLENO DIREITO**, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único, do artigo 13 da Lei n.º 9.656/98.

**15.3.** A rescisão, por parte da **CONTRATADA**, obedecidos os critérios acima, não exime o **CONTRATANTE** do cumprimento das obrigações estabelecidas neste contrato, sendo assegurada à **CONTRATADA** o direito de cobrança dos valores dos serviços prestados, vindo o **CONTRATANTE** a desistir do contrato ou ficando este inadimplente por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.

**15.4.** Caso o presente contrato seja cancelado, de forma imotivada, antes do término do primeiro ano de vigência, a parte que originar a rescisão ficará obrigada ao pagamento de 10% (dez por cento) das

contraprestações pecuniárias vincendas até o término da primeira anuidade, utilizando como princípio de cálculo, o valor da mensalidade referente ao mês do efetivo cancelamento, sem prejuízo da quitação de eventuais débitos anteriores. Esta cláusula é válida somente no primeiro ano de vigência deste Regulamento.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**16.1.** Todos os documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde entregues ao **CONTRATANTE** e seus dependentes, como Ficha Cadastral, Declaração de Saúde, Guia de Leitura Contratual – GLC, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e Tabela de Reembolso, fazem parte integrante deste Contrato.

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

**16.3.** A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo **CONTRATANTE** e/ou dependente com hospitais, entidades ou médicos, credenciados ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do **CONTRATANTE**.

**16.4.** Fica o **CONTRATANTE** responsável por todos os atos praticados pelos seus dependentes, quando da utilização das garantias de despesas assistenciais ora contratadas.

**16.5.** O **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á por eventuais despesas que venham a gerar ônus à **CONTRATADA**, decorrentes de quaisquer procedimentos médicos efetuados em desacordo com os termos deste contrato.

**16.6.** O **CONTRATANTE** compromete-se a comunicar qualquer mudança de endereço ou alteração de dados cadastrais, sob pena de responder por prejuízos decorrentes das informações cadastrais incorretas.

**16.7.** Caso a celebração deste contrato decorra da opção do **CONTRATANTE** em substituir plano de saúde anteriormente adquirido da **CONTRATADA**, este novo vínculo associativo não representa, em nenhuma hipótese, o benefício do cancelamento ou perdão de débito(s) anterior (es), contraído(s) na vigência do extinto acordo.

**16.8.** A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, as lactantes, os lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos de idade.

**16.9.** 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 n.º 9.656/98, resoluções dos órgãos competentes e demais textos legais relacionados à espécie.

**16.10.** Para todo e qualquer tipo de comunicação, os usuários terão à sua disposição uma central de atendimento ao beneficiário, para o esclarecimento de dúvidas, orientação quanto à garantia da cobertura assistencial contratada e recebimento de eventuais reclamações e/ou sugestões.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO**

**17.1.** Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do **CONTRATANTE**, excluindo-se qualquer outro por mais privilegiado que seja, sendo o mesmo registrado sob o número: 1.505.124.