ÍNDICE

Da Qualificação das Partes e Dados do Produto 02
Qualificação do Contratante 02
Descrição do Produto 02
Atributos do Contrato 02
Contratação e Condições de Admissão 03
Cobertura e Procedimentos Garantidos 04
Das Exclusões de Cobertura 08
Da Duração do Contrato 10
Dos Períodos de Carência 10
Das Doenças e Lesões Preexistentes 11
Dos Atendimentos de Urgência e Emergência 13
Da Remoção 14
Do Reembolso 14
Do Cartão de Indentificação do Beneficiário 15
Das Autorizações Prévias 16
Da Junta Médica 17
Dos Serviços Próprios e Rede Credenciada 17
Da Formação de Preço e Mensalidade 18
Do Reajuste 19
Das Regras Para Instrumentos Jurídicos e de Planos Coletivos 22
Das Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário 23
Da Rescisão 24
Das Disposições Gerais 24
Das Consultas Médicas 25
Dos Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial 25
Das Internações Hospitalares 27
Das Definições 28
Da Eleição ao Foro 30

DA QUALIFICACÃO DAS PARTES E DADOS DO PRODUTO:

Contrato de prestação de serviços de cobertura de custos de assistência médica e hospitalar, em regime de contratação coletiva empresarial, estabelecido entre as partes abaixo:

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Nome da Operadora	MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA			
CNPJ	01.892.976/0001-89			
Endereço	RUA COELHO RODRIGUES 1921		**Bairro:**	CENTRO
Cidade	TERESINA	**U.F.:** PI	**CEP.:**	64.000-080
Telefone	(86) 3131-8888	**Fax:** (86) 3131-8888		
Registro na ANS	33751-0	**Classificação da operadora**	MEDICINA DE GRUPO	

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome do Contratante				
CNPJ				
Endereço			**Bairro:**	
Cidade		**U.F.:**	**CEP.:**	
Telefone		**Fax:**		

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Nome Comercial:	MEDPLAN EXCLUSIVO EMPRESARIAL
Nº de Registro na ANS:	470.878/14-4
Tipo de Contratação:	Coletivo Empresarial
Padrão de acomodação em internação:	Enfermaria
Segmentação Assistêncial:	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Área geográfica de abrangência:	MUNICIPAL
Área de atuação:	Teresina-PI
Serviços e coberturas adicionais:	Não se aplica

Cláusula 1ª - ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

ambulatórios, dentro da rede própria ou credenciada pelo **MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA,** aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

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

Cláusula 2º - CONTRATAÇÃO E CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Plano privado de assistência à saúde **coletivo empresarial** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

2.2. São considerados **BENEFICIÁRIOS TITULARES** aqueles beneficiários vinculados à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.

Parágrafo Único: São considerados também, **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, os sócios e diretores que possuem vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, previsto no respectivo Contrato Social.

2.3. Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:
a) O cônjuge;
b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
d) Os tutelados e os menores sob guarda;

2.4. Todos os **BENEFICIÁRIOS**, titulares ou dependentes preencherão a Solicitação de Adesão, que inclui informações pessoais e administrativas.

2.4.1. O ato de omitir ou prestar informações, ou tentar, por qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes neste contrato acarretará o surgimento da penalidade prevista no art. 13, § único, II, da Lei nº 9.656/98.

2.5. O **MEDPLAN** solicitará ao **CONTRATANTE**, os documentos comprobatórios de vínculo trabalhista (Carteira Profissional / cadastro de inscrição no FGTS), como também os relacionados à comprovação do grau de parentesco dos dependentes diretos.

2.6. O **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos **BENEFICIÁRIOS** sejam titulares, dependentes diretos, bem como data de nascimento e o grau de parentesco destes últimos, com relação ao titular ou outro vínculo existente; endereço do titular, CPF e nome da mãe dos titulares e dependentes.

2.6.1. Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da Proposta de Adesão da **CONTRATANTE**, aprovada pelo **MEDPLAN**.

2.7. O **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **MEDPLAN** qualquer mudança de estado civil dos titulares e dependentes, nascimento de filho do titular, demissão ou admissão de novo

empregado, promovendo as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da data da ocorrência.

2.7.1. O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites deste contrato, a partir da data de sua inclusão no plano.

2.7.2. A inclusão de dependente somente será autorizada pelo **MEDPLAN** por ocasião da inclusão do titular, ou em casos de nascimento, adoção de menores até 12 anos de idade ou casamento, e desde que no prazo de 30 (trinta) dias da data da ocorrência**.**

2.7.3. Está assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos de idade, aproveitando os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular adotante.

2.8. As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, as normas administrativas do **MEDPLAN**. **Não serão permitidas as inclusões de BENEFICIÁRIOS que estejam cumprindo aviso prévio ou que se encontrem afastados de suas atividades profissionais.**

2.9. As exclusões cadastrais implicarão na perda do direito da cobertura do atendimento sendo obrigação do **CONTRATANTE** recolher e devolver ao **MEDPLAN** toda a documentação que possibilite a utilização do sistema.

2.10. Se, por hipótese, o usuário, após sua exclusão do sistema, continuar a utilizar o sistema através de documentos não devolvidos (por exemplo, a "carteira do plano") ficará o **CONTRATANTE** responsável por tais atos podendo, inclusive, o **MEDPLAN,** se assim lhe aprouver, efetuar a cobrança devida diretamente ao **CONTRATANTE.**

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

2.12. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

2.13. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Cláusula 3ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nas cláusulas deste contrato, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10);

§ 1º O Atendimento deve ser assegurado independente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de

prestadores contratada, credenciada ou referenciada da operadora do plano de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato;

3.1 - Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina-CFM;
3.2 - Cobertura de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, caso haja indicação clínica;
3.3 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar;
3.4 - Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;
3.5 - Cobertura de Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
3.6 - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
3.7 - Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
3.8 - Cobertura dos atendimentos às Emergências Psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para si próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
3.9 - Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente;
3.10 - Cobertura de despesas referentes a Honorários Médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente, durante o período de internação hospitalar;
3.11 - Cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites observados de abrangência geográfica da sua rede de atendimento, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
3.12 - Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle e evolução da doença e elucidação diagnóstica; fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de taxas e materiais utilizados durante o período de internação hospitalar;
3.13 - Cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
3.14 - Cobertura de um acompanhante no caso de pacientes a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
3.15 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
a) hemodiálise e diálise peritonial (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, incluindo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapias, e todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
d) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
e) hemoterapia ambulatorial e durante o período de internação hospitalar;
f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
g) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
h) embolizações, aquelas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
i) radiologia intervencionista;
j) nutrição parenteral ou enteral durante o período de internação hospitalar;
k) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
l) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
m) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, exceto fornecimento de medicação de manutenção;
3.16 – Cobertura de cirurgias odontológicas buçomaxilo- faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
3.17 - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar

§ 1º O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente;
§ 2º Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
§ 3º **Os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar**, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.18 - A cobertura obstétrica inclui o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação, a cobertura de urgência e emergência obstétrica, cobertura de parto (normal ou cesárea) e puerpério, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

§ 1º A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular, dentro do referido prazo de 30 (trinta) dias após o parto;
§ 2º Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher (parturiente) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, conforme indicação do médico assistente;

3.19 - Cobertura de transplantes de rim, córnea, transplante autólogo de medula óssea (conforme diretriz de utilização) e transplante alogênico de medula óssea (conforme diretriz de utilização) listados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos a eles vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos;

§ 1º - Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

1. As despesas assistenciais com doadores vivos;
2. Os medicamentos utilizados durante a internação;
3. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excluídos os medicamentos de manutenção;
4. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

§ 2º Os BENEFICIÁRIOS deste plano candidatos a transplantes, deverão estar obrigatoriamente inscritos na CNCDO (Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos) e sujeitarem-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgão(s) das mesmas;
3.20 - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama (prevista na Lei 10.223/2001), utilizando se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
3.21 - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
3.22 - Cobertura para o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho e doenças profissionais como lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
3.23 - Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva, ou similar, sendo vedada
a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
3.24 - Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;
3.25 - Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso a acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
3.26 - A cobertura de custos relativos à saúde mental corresponde ao estabelecido como obrigatório pelo Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento (disponível nas agências da **CONTRATADA** e no site da ANS, www.ans.gov.br). São as seguintes as hipóteses de cobertura na saúde mental:
a) Atendimento às emergências – assim consideradas as situações em que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) Psicoterapia de crise – entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com cobertura de até 12 sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento;

c) Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V;

d) Internação hospitalar psiquiátrica em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/ Capítulo V, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo. Haverá cobertura integral por 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato;

e) Internação hospitalar em unidade clínica para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessite de hospitalização, com custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato;

§ 1º Nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado, haverá co-participação do beneficiário no custeio dos dias que excederem os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
§ 2º Considera-se que uma pessoa está em crise sempre que estiver em situação de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental concomitante;
§ 3º Nas situações de transtorno psiquiátrico quando em crise, a cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá ocorrer de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes, a critério do médico assistente.

Cláusula 4ª - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - Este contrato não prevê cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos que seguem:

I. Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 128 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;

II. Aluguel de equipamentos e aparelhos, a não ser aqueles que sejam necessários durante a internação hospitalar;

III. Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar;

IV. Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pelo Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento;

V. Cirurgia para mudança de sexo;

VI. Cirurgia plástica, além de tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social;

VII. Consultas, atendimentos domiciliares e enfermagem em caráter particular, seja em domicílio ou em hospital;

VIII. Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste contrato;

IX. Eventos médicos decorrentes de cataclismos, dentre estes, acidentes com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

X. Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, que são de responsabilidade do empregador e devem ser estabelecidos de maneira independente dos planos de saúde, conforme NR nº 7, do Ministério do Trabalho;

XI. Ficam excluídos de cobertura pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes;

XII. Fornecimento de materiais e medicamentos anestésicos (importados ou não) e gases medicinais (importadas ou não) que não tenham autorização para sua comercialização pelos órgãos governamentais competentes;

XIII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

XIV. Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;

XV. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

XVI. Fornecimento de óculos, lentes oculares e aparelhos ortopédicos;

XVII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como com finalidade exclusivamente estética;

XVIII. Fornecimento de medicamentos, vacinas (exceto para dessensibilização), e material de curativo, em regime ambulatorial;

XIX. Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente – idoso ou não – em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário);

XX. Internação com finalidade diagnóstica, cujo quadro clínico não a justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial, sem prejuízo para o contratante;

XXI. 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;

XXII. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes;

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

XXIV. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

XXV. Procedimentos odontológicos, exceto os procedimentos de cirurgia buco-maxilo-facial;

XXVI. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;

XXVII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato;

XXVIII. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XXIX. Qualquer outro tipo de transplante, que não o de rim, córnea, transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea (conforme Diretrizes de Utilização elaboradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar);

XXX. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

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

b) é considerado experimental pelo CFM ou CFO;

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

XXXI. Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e climáticas, SPA;

XXXII. Tratamento em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXXIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos (assim definidos sob o aspecto médico), ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

Cláusula 5ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (DOZE) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

Cláusula 6ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Carência: É o período de tempo, contado a partir da data de vigência do presente contrato, durante o qual o beneficiário deverá permanecer ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este. A carência poderá ser total, parcial ou nula, abrangendo todas as garantias ou parte delas, respeitando o(s) limite(s) estabelecido(s). Os prazos de carência definidos para os benefícios no plano contratado são os seguintes:

6.1 - 24 (vinte e quatro) horas: Atendimento de urgência/emergência em prontos-socorros, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;
§ 1º Remoção para uma unidade do SUS, após os atendimentos de urgência e emergência ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou ocorridos durante o prazo de Cobertura Parcial Temporária para as Doenças e Lesões Preexistentes;
6.2 - 30 (trinta) dias: Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico;
6.3 - 30 (trinta) dias: Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial básico, definidos na cláusula de Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial;
6.4 - 180 (cento e oitenta) dias: Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial especial, definidos na cláusula de Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial;
6.5 - 180 (cento e oitenta) dias: Internações em geral - Honorários médicos e custos hospitalares não relacionados a doenças e lesões preexistentes;
6.6 - 300 (trezentos) dias: Internações para partos a termo (aqueles ocorridos no período de 37 a 41semanas de gestação) e honorários médicos e custos hospitalares;

Não será exigida carência quando houver 30 beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário.

Cláusula 7ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

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

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

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.
É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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

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

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

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

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

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei n° 9.656/1998.

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

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

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

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

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

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

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

Cláusula 8ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

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

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

8.2. A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais em caráter integral, incluindo internações sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.3. Estão incluídos nos atendimentos de urgência/emergência em prontos-socorros a consulta os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante esse atendimento; caso se torne necessária à internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá aos limites e normas estabelecidos nas Cláusulas que tratam das carências para internações e para cobertura das doenças e lesões preexistentes;
a) Fica assegurada a cobertura para os atendimentos de urgências decorrentes de acidente pessoal, em caráter integral, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;

8.4. A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação;

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.5. Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Cláusula 9ª - DA REMOÇÃO

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

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

9.2. Da Remoção para o SUS:

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

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

A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula 10ª - DO REEMBOLSO

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

10.1.1 Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo ao valor equivalente ao que a CONTRATADA custearia caso o atendimento fosse realizado na rede credenciada do plano contratado.

10.2 O beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos para solicitar o reembolso, à CONTRATADA:

a) - **Consulta:** recibos ou nota fiscal válida como recibo **(quitação da nota fiscal)**, com a especificação de consulta, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. **Não será aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento;**
b) - **Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal)**, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;
c) - **Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento:** recibos ou nota fiscal válida como recibo **(quitação da nota fiscal)**, com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;
d) - **Honorários médicos durante a internação:** recibos ou nota fiscal válida como recibo **(quitação da nota fiscal)**, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, **valores cobrados, valor de desconto, quando houver**, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;
e) - **Internação:** nota fiscal quitada e seu comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação;
f) - O reembolso para os custos hospitalares de internação observará a adequada justificativa médica no que diz respeito à permanência hospitalar e aos recursos terapêuticos utilizados;

10.3 - A CONTRATADA se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares;

10.4 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar do beneficiário essa documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, **passando a serem contados novos prazos para pagamentos a partir da data de entrega ou complementação de documentos;**

10.5 – Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **CONTRATANTE** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda;

10.6 – O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 01(um) ano contado da data do atendimento;
§ 1º O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.

Cláusula 11ª - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou,

inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

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

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

Cláusula 12ª - AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

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

O pedido médico deverá ser apresentado ao Setor de Encaminhamento do MEDPLAN, localizado na Rua Coelho Rodrigues, 1921, Centro, Teresina-PI, fone: 3131-8888, que emitirá resposta pelo profissional avaliador nos seguintes prazos:

§ 1º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário;

Serviços	**Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)**
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia.	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)

Serviços	**Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)**
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

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

Cláusula 13ª - DA JUNTA MÉDICA

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

Se não houver acordo quanto à escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas na localidade do escritório da CONTRATADA.

Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da CONTRATADA, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela CONTRATADA.

Cláusula 14ª - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

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

A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet, no endereço **www.medplan.com.br**.

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

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

Cláusula 15ª: FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré -estabelecido.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Adesão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Adesão.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subseqüente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subseqüentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a conseqüência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Cláusula 16ª: REAJUSTE

16.1. Para o cálculo e aplicação de reajuste anual observa-se o que dispõe na Resolução Normativa nº 309/2012 sobre o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

16.1.1 O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de reajuste se, na data de sua assinatura possuir quantidade inferior a 30(trinta) beneficiários. A cada ano, na data do seu aniversário, será verificada novamente a quantidade de beneficiários, para se determinar se o contrato permanece no agrupamento ou se dele será excluído.

16.1.2 O contrato perderá a condição de integrante do agrupamento, caso ele tenha 30(trinta) beneficiários ou mais na próxima data de aniversário do contrato.

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

16.1.4 Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no **item 16.2.**

16.1.5. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no **item 16.3.**

16.1.6. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora (www.medplan.com.br), o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

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

16.2.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o Índice de Reajuste máximo publicado pela ANS para os contratos individuais/familiares (R1). Este será o índice divulgado pela ANS vigente em janeiro do ano corrente da data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato, exceto para contratos com início de vigência / data de aniversário em janeiro, fevereiro, março ou abril, para os quais será o índice divulgado pela ANS vigente em janeiro do ano anterior.

16.2.1.1 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no **item 16.2.1**, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

16.2.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

16.2.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (SE – Sinistralidade Esperada), cuja base é a proporção entre as despesas

assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de análise de 12 meses consecutivos entre o mês de Março e Fevereiro do ano corrente, exceto para contratos com início de vigência / data de aniversário em Janeiro, Fevereiro, Março e Abril onde período de análise será Março e Fevereiro do ano anterior.

16.2.2.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:
R2 = Máximo entre 0 % e [(SO / SE) – 1]
Onde: SO - Sinistralidade Observada no período de análise
SE - Sinistralidade Esperada

16.2.2.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no **item 16.2.**1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.
% Reajuste Final = (1+R1) x (1+ R2) -1

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

16.3.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação o Índice de Reajuste máximo publicado pela ANS para os contratos individuais/familiares (R1). Este será o índice divulgado pela ANS vigente, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato.

16.3.1.1 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no **item 16.3.1**, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

16.3.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (SE – Sinistralidade Esperada), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

16.3.2.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:
R2 = Máximo entre 0 % e [(SO / SE) – 1]
Onde: SO - Sinistralidade Observada no período de análise
SE - Sinistralidade Esperada

16.3.2.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no **item 16.3.1** e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.
% Reajuste Final = (1+ R1) x (1+ R2) -1

16.4. No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os **itens 16.2 ou 16.3** supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

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

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

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

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

16.9. Caso o contrato se enquadre nos critérios de agrupamento para reajuste e o contratante não concordar, o reajuste será conforme previsto no **item 16.3.**

16.9.1. Nos casos acima os contratos não poderão receber novos beneficiários de acordo com a RN nº 309/12, Art.12, § 5º, ressalvam-se os casos de ingressos de novo cônjuge e filhos do titular dentro dos prazos previstos neste contrato.

16.10. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA:

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

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

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

FAIXAS ETÁRIAS PERCENTUAIS DE REAJUSTE

a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 12,06% (doze e zero seis décimos por cento);
c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 14,01% (quatorze e zero um décimo por cento);
d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 20,40% (vinte e quatro décimos por cento);
e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 21,90% (vinte e um e nove décimos por cento);
f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 24,80% (vinte quatro e oito décimos por cento);
g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 29,60% (vinte e nove e seis décimos por cento);
h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 32,50% (trinta e dois e cinco décimos por cento);
i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 34,10% (trinta e quatro e um décimos por cento);

§ 1º O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

§ 2º A variação acumulada entra a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Cláusula 17ª - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

17.1. Das Condições de Permanência no Plano

17.1.1. Do Demitido

A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/98). O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento.

O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

17.1.2. Do Aposentado

A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98). O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento.
Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

O direito assegurado ao beneficiário, demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

A condição de beneficiário assegurada deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular, demitido ou aposentado, em outro emprego.

O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

Nos planos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

No caso de cancelamento do benefício, os usuários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A contratada disponha de um Plano individual ou Familiar;

b) O Beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;

c) O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

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

CLÁUSULA 18ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do presente contrato;

b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;

c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;

b) a pedido do beneficiário titular;

c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

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

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

a) fraude;

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

Cláusula 19ª - RESCISÃO

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

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

a) prática de fraude comprovada;

b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (qüinquagésimo) dia da inadimplência.

c) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

19.2.1. Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.

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

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

Cláusula 20ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

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

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

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

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.
A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

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

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

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.
Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

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

Cláusula 21ª – DAS CONSULTAS MÉDICAS

21.1 - A cobertura de custeio das consultas será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em número ilimitado, nas condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e direcionamento;

21.2 - A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o médico;

21.2.1 - As consequências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do beneficiário;

21.3 - Para aplicação deste contrato as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

a) Consultas em consultório médico;
b) Consultas em centro médico ou clínica.

Cláusula 22ª – DOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

22.1 - A cobertura de custeio de serviços de apoio diagnóstico, e de procedimentos terapêuticos ambulatoriais será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de

Medicina, nos limites e condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento;

22.2 – A solicitação de exames ou procedimentos para o plano de rede credenciada deverá ser emitida pelo médico responsável pelo atendimento ao beneficiário e deverão ser submetidas à análise da C**ONTRATADA**. A guia de autorização será emitida dentro dos prazos dispostos na RN nº 259/11;

22.3 - Para fins deste contrato, **são considerados exames básicos de apoio diagnóstico:**
1. Exames Básicos de Análises Clínicas: Ácido Úrico, Antibiograma, Bacterioscopia, Beta-HCG, Cálcio, Citologia Cérvico-Vaginal, Clearance de Creatinina, Colesterol, Creatinina, Culturas em Geral, Estradiol, Fator RH, Fosfatase Alcalina, Glicose, Grupo Sangíneo ABO e RH, Hemoglobina Glicolisada, Hemograma, Lipidograma, Mantoux, Parasitológico, Potássio, PPD, Rotina de Urina, Sódio, T4 Tiroxina, Tempo de Coagulação, Tempo de Protrombina, Tempo de Sangramento, TGO, TGP, TSH, Triglicerídios, VDRL - Sífilis, VHS;
2. Exames de Citopatologia e Anátomo-Patologia, excetuando-se os de imuno-histoquímica
3. Eletrocardiograma;
4. Exames Radiológicos simples;
5. Colposcopia e Colpocitologia;
6. Exames de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, exceto os referidos na Cláusula 22.4, itens 12 e 13;

22.4 - Para fins deste contrato, **são considerados exames especiais de apoio diagnóstico:**
1. Exames Laboratoriais de Radioimunoensaio, Exames Laboratoriais de Dosagens Hormonais, Exames Laboratoriais de Imunologia, Exames Laboratoriais de PCR, Exames Laboratoriais de Genética Clínica;
2. Ergometria, MAPA, Holter e Ecocardiograma;
3. Exames de diagnóstico em Medicina Nuclear;
4. Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;
5. Exames de Neurofisiologia, Urodinâmica e Eletroencefalograma;
6. Exames de Ultrassonografia e Exames Radiológicos contrastados do aparelho digestivo e urinários;
7. Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, de Neurorradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;
8. Exames de Hemodinâmica, e Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;
9. Exames Angiológicos de Doppler, Fluxometria e Investigação Vascular Ultrassônica;
10. Exames de Densitometria Óssea e Histeroscopia diagnóstica;
11. Testes alérgicos e Provas Imuno-alérgicas;
12. Exames especiais em oftalmologia: retinografia fluorescente, biometria e paquimetria ultrassônica, microscopia especular de córnea e campimetria computadorizada;
13. Exames especiais em otorrinolaringologia: audiometria cortical, eletrococleografia, electroneurografia,
pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (Bera), testes vestibulares, registro de nistagmo, teste de glicerol e exames endoscópicos;

22.5 - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos de alta complexidade**, todos aqueles definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

22.6 - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos terapêuticos básicos**, desde que realizados em regime ambulatorial, os seguintes procedimentos:

1. Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Oftalmologia;
2. Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Otorrinolaringologia;
3. Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Ortopedia e Traumatologia;
4. Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Urologia;
5. Inaloterapia;

22.7 - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos terapêuticos especiais**, desde que realizados em regime ambulatorial, os seguintes procedimentos:

1. Cirurgias de porte zero nas especialidades de Dermatologia e Cirurgia Plástica;
2. Cirurgias em regime de Day-Hospital;
3. Dessensibilização;
4. Diálise ou hemodiálise;
5. Fisioterapia;
6. Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;
7. Hemoterapia;
8. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Cirurgia Plástica;
9. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
10. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
11. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
12. Procedimentos para Litotripsias extra-corpóreas;
13. Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;
14. Quimioterapia ambulatorial;
15. Quimioterapia intra-tecal ou com medicina nuclear;
16. Radioterapia do tipo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;
17. Radioterapia do tipo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
18. Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
19. Tratamento hiperbárico;
20. Vídeolaparoscopia e procedimentos vídeoassistidos com finalidade terapêutico/diagnóstica ambulatorial;

22.8 – Os exames e procedimentos terapêuticos especiais necessitarão sempre da autorização prévia da CONTRATADA para sua cobertura;

22.9 - Somente haverá cobertura dos custos referentes **à remoção do paciente de hospital para hospital**, e desde que comprovadamente necessária, quando observados os seguintes limites e condições:

a) Prévia autorização da **CONTRATADA**;
b) Impossibilidade de locomoção do beneficiário;
c) Remoção realizada por serviços credenciados e através de ambulância terrestre;
Assim, por exemplo, não haverá cobertura pela **CONTRATADA** para remoção de paciente de sua residência ou trabalho para um hospital.

Cláusula 23ª – DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

A cobertura de custeio de internações para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e Problemas Relacionados com a

Saúde, rege-se de acordo com as normas estabelecidas pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, **com acomodação em Enfermaria, nos limites e condições das cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento, e no que segue:**

23.1 - Nas internações de caráter de urgência ou emergência, o beneficiário ou seu responsável fará comunicar à **CONTRATADA**, **no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis**, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato;

23.2 - As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, **devendo o beneficiário solicitar autorização nas agências da CONTRATADA**. A guia de autorização para internação será fornecida pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis a partir do momento da solicitação ou de prazo inferior em caso de urgência;

23.3 - A exigência da declaração do médico assistente visa deixar claro para a **CONTRATADA** e o **CONTRATANTE** a existência da cobertura prevista neste contrato, **devendo especificar o diagnóstico, o tempo de evolução da doença, e o tratamento proposto;**

23.4 - Em todos os casos que envolvam hemoterapia deverão ser observadas as normas estabelecidas para reposição de sangue pelas autoridades públicas;

23.5 - As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, como refeições para acompanhantes não obrigatórios, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) **deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a reembolso pela CONTRATADA**;

23.6 - Nas situações previstas na Cláusula que trata do Programa Especial de Atendimento, nos casos de urgência e/ou emergência em que ocorra internação em outro hospital que não faça parte do Programa de Atendimento Especial, a **CONTRATADA** deverá ser comunicada imediatamente e, após autorização por parte do beneficiário, do seu responsável ou do seu médico, será providenciada a remoção (transferência) do paciente para um dos hospitais de direcionamento, sendo o custo da remoção coberto pela **CONTRATADA**.

Cláusula 24ª – DEFINIÇÕES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOENÇA OU LESÃO 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.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.

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

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

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

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

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

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

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

Cláusula 25ª - ELEIÇÃO DE FORO

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