

ÍNDICE

Da Qualificação das Partes e Dados do Produto ...	03
Qualificação da Operadora	03
Qualificação do Contratante	03
Descrição do Produto	04
Atributos do Contrato	04
Tipos de Contratação e Condições de Admissão ..	05
Coberturas e Procedimentos Garantidos	06
Exclusões de Cobertura	09
Duração do Contrato	11
Períodos de Carência	11
Doenças e Lesões Preexistentes	12
Atendimentos de Urgência e Emergência	15
Da Remoção	16
Do Reembolso	17
Cartão de Identificação do Beneficiário	18
Autorizações Prévias	18
Da Junta Médica	20
Serviços Próprios e Rede Credenciada	21
Formação de Preços e Mensalidade	22
Reajuste	23
Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário ...	24
Rescisão/Suspensão do Contrato	25
Disposições Gerais	25
Das Consultas Médicas	27
Dos Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento	
Ambulatorial	28
Definições	31
Eleição do Foro	34

**DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES E DADOS DO
PRODUTO:**

Contrato de prestação de serviços de cobertura de custos de assistência médica ambulatorial, em regime de contratação individual, 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 :** _____**Filiação:** _____**CPF:** _____**RG:** _____ **Órgão Exp.:** _____**Data nasc.:** ____ / ____ / ____**End.:** _____**Bairro:** _____**Cidade:** _____ **UF.:** _____**CEP:** _____ **Telefone:** _____

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Nome Comercial: ALIANÇA

Nº de Registro na ANS: 400.691/98-7

Tipo de Contratação: INDIVIDUAL FAMILIAR

Padrão de acomodação em internação: Não se aplica

Seguimentação Assistencial: AMBULATORIAL

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-ambulatorial, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, prestados nos consultórios, hospitais e ambulatorios, 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 - TIPOS DE CONTRATAÇÃO E CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

O presente contrato destina-se à contratação do tipo individual ou familiar, na modalidade de pré-pagamento, oferecidos para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar;

2.1 - Contrato Individual: é aquele que tem como beneficiários pelo menos um titular nomeado pelo CONTRATANTE e dependentes indicados, sem a obrigatoriedade do caráter familiar;

2.2 - Contrato Familiar: caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao **CONTRATANTE**, pessoa física, a inclusão de seus dependentes legais ou grupo familiar;

2.3. São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

2.4. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- 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;

2.5. 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.

2.5.1. 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, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

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, 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);

O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório credenciado, definidos e listados no Rol de Procedimentos da ANS, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que necessitem do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços de unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes coberturas:

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;
2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado;

3. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos definidos para a segmentação ambulatorial;

4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicação do médico assistente, e obedecendo aos quantitativos legais estabelecidos no **Rol de Procedimento da ANS** vigente à época.

5. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no **Rol de Procedimento da ANS** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

6. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS, RN nº 211/2010 e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

7. Cobertura de atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

a) atividades educacionais;

b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;

c) atendimento clínico;

d) dosagem de sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);

e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

8. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, dentro das condições estabelecidas neste contrato e conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares;

9. Cobertura de remoção em ambulância, dentro dos limites geográficos de cobertura contratual, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, quando caracterizada pelo

médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente, respeitadas as condições estabelecidas neste contrato;

10. Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

11. Cobertura de 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;**

12. Cobertura dos procedimentos de radioterapia, incluindo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapias, definidos para a segmentação ambulatorial;

13. Cobertura dos procedimentos ambulatoriais diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Anexo I da RN nº 211/2010 e suas atualizações;

14. Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

15. Cobertura de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

16. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites observados de abrangência geográfica da sua rede de atendimento, mediante prévia autorização do **MEDPLAN** e impossibilidade de locomoção do beneficiário;

17. Cobertura de Atendimento 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 auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

18. Cobertura de Psicoterapia breve: entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais

profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato;

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

20. Cobertura para atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação;

21. Cobertura ambulatorial para tratamento de lesões relacionadas a acidente do trabalho e cobertura para tratamento ambulatorial de doenças ocupacionais como lesão por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho (DORT).

Cláusula 4ª - EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

- 1.** Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 128 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente.
- 2.** Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar.
- 3.** Atendimento médico nos casos de cataclismos, dentre estes, acidentes com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.
- 4.** Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pela legislação - o grau mínimo hoje definido pela legislação é 05 (cinco).
- 5.** Cirurgias plásticas com finalidade estética.
- 6.** Consultas, atendimentos domiciliares e enfermagem em caráter particular.
- 7.** Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste contrato.
- 8.** Embolizações;

9. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.
10. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
11. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como para finalidade exclusivamente estética.
12. Fornecimento de óculos, lentes oculares e aparelhos ortopédicos.
13. Fornecimento em regime ambulatorial de medicamentos, vacinas (exceto para dessensibilização), e material de curativo.
14. Inseminação artificial: incluindo as internações, intervenções cirúrgicas, tratamentos e demais procedimentos médicos destinados à inseminação artificial.
15. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes.
16. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos, incluindo a esclerose de varizes com indicação estética.
17. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato.
18. Estão excluídos de cobertura o atendimento a procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.
19. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
20. Procedimentos relacionados com a saúde ocupacional (exames admissionais, demissionais, mudanças de função e periódicos), que são de responsabilidade do empregador (conforme disposto na NR nº 7 do Ministério do Trabalho).
21. Procedimentos odontológicos.
22. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.
23. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento rejuvenescedor ou emagrecedor com finalidade estética.

24. Qualquer tipo de procedimento relacionado com transplantes, à exceção de tratamento clínico ambulatorial e diagnóstico para transplantes de córnea, de rim e para transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea, definidos no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.

25. Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

26. Tratamento clínico ou cirúrgico em caráter experimental.

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

28. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, SPA.

29. Tratamento em clínicas para acolhimento de idosos ou clínicas de repouso;

Cláusula 5ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

5. 1. Este contrato terá vigência inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

5.1.1. Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

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;

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 nº 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. A CONTRATADA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

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

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

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

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

O reembolso das despesas de serviços médicos ambulatoriais é garantido, nos limites das obrigações contratuais, ao **BENEFICIÁRIO** nos casos de urgência e emergência ocorridos dentro da área geográfica de abrangência do plano, em que este for atendido em pronto-socorro hospitalar em rede não credenciada quando não tenha sido possível a utilização de serviços credenciados pelo **MEDPLAN**.

10.1. O **MEDPLAN** ressarcirá no prazo de até 30(trinta) dias da data do atendimento, as despesas de serviços médicos ambulatoriais de urgência e emergência, tendo como base 100% dos valores definidos na Tabela **MEDPLAN** que é parte integrante deste contrato. O beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) relatório do médico assistente declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data de atendimento;
- b) cópias de resultados de exames realizados durante o atendimento;
- c) nota fiscal discriminada, inclusive relação do material e medicamentos consumidos;
- d) recibos e notas fiscais de honorários da equipe médica, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- e) qualquer outro documento ou informação que possa ser requerido pelo **MEDPLAN**.

10.2. O **MEDPLAN** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** informações e documentos que julgar necessários à complementação administrativa do procedimento de reembolso, no prazo de 20 (vinte) dias após a entrega da documentação respectiva.

10.3. Os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** identificado nos documentos descritos na Cláusula 10, item 10.1, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

10.4. O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 12(doze) meses contados da data do atendimento.

10.5. O beneficiário que 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

12.1 - 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.

12.1.1 - 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:

- 1** - Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia - prazo máximo de atendimento 07(sete) dias úteis.
- 2** - Consulta nas demais especialidades- prazo máximo de atendimento de 14(quatorze) dias úteis.
- 3** - Consulta / sessão com fonoaudiólogo- prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
- 4** - Consulta / sessão com nutricionista - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
- 5** - Consulta / sessão com psicólogo - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
- 6** - Consulta / sessão com terapeuta ocupacional - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
- 7** - Consulta / sessão com fisioterapeuta - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
- 8** - Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgia-dentista - prazo máximo de atendimento de 07(sete) dias úteis.
- 9** - Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial - prazo máximo de atendimento de 03(três) dias úteis.
- 10** - Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
- 11** - Procedimentos de alta complexidade (PAC) - prazo máximo de atendimento de 21(vinte e um) dias úteis.
- 12** - Atendimento em regime hospital-dia - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
- 13** - Atendimento em regime de internação eletiva - prazo máximo de atendimento de 21(vinte e um) dias úteis.

14 - Urgência e emergência - prazo máximo de atendimento imediato.

15 - Consulta de retorno - prazo máximo de atendimento a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 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;

12.1.2 - 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 às 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 quaisquer 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:

14.1 - 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;

14.2 - 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;

14.3 - 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;

14.4 - 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 mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

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

Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

Cláusula 16ª - REAJUSTE

16.1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS.

16.1.1. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.

16.1.2 Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.

16.1.3. Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuária do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

&1º - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

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

Sm = Meta de Sinistralidade expressa em contrato

16.2. - Ocorrendo alterações na idade de qualquer dos beneficiários que importe deslocamento para outra faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado para o valor da nova faixa, no mês subsequente ao da ocorrência, observando as 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.

- a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 12% (doze 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);

Cláusula 17^a- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1. O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular.

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

17.2.1. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

Cláusula 18ª - RESCISÃO/SUSPENSÃO DO CONTRATO

18.1. A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

18.1.1. O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

18.2. Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

Cláusula 19ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. 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).

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

19.3. 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.

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

19.5. 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.

19.6. 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.

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

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

19.9. 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.

19.9.1 - 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.

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

19.11 - CONTRATANTE poderá solicitar a mudança de plano na data de aniversário do contrato. A mudança dependerá da assinatura de novo contrato;

19.11.1 - Quando o beneficiário não tiver direito à aplicação das regras de portabilidade e optar pela transferência de plano para um plano de segmentação superior, será contabilizado para fins de carência o tempo de vigência do contrato anterior; porém, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo se melhor padrão de acomodação em internações, **haverá a necessidade de cumprimento de novo prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias;**

Cláusula 20ª – DAS CONSULTAS MÉDICAS

20.1 - 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;

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

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

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

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

**Cláusula 21ª – DOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO
E TRATAMENTO AMBULATORIAL**

21.1 - 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;

21.2 – 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 **CONTRATADA**. A guia de autorização será emitida dentro dos prazos dispostos na RN nº 259/11;

21.3 - 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 21.4, itens 12 e 13;

21.4 - 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;
- 21.5** - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos de alta complexidade**, todos aqueles definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

21.6 - 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;

21.7 - 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. Videolaparoscopia e procedimentos vídeoassistidos com finalidade terapêutico/diagnóstica ambulatorial;

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

21.9 - 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 22ª - 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 frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

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

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a

suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

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

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

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

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

DOENÇA OU LESÃO 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 consequência do trabalho.

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

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

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

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 23ª - 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.

