

ÍNDICE

Do Objeto _____	03
Das Definições _____	03
Das Características e Segmentação _____	05
Da Cobertura para Saúde Mental _____	06
Das Exclusões _____	07
Das Carências _____	08
Das Doenças ou Lesões Preexistentes, Agravo e Cobertura Parcial Temporária _____	09
Das Consultas Médicas _____	10
Dos Atendimentos de Urgência e Emergência _____	10
Dos Exames Complementares de Diagnóstico _____	11
Das Internações Hospitalares _____	13
Do Programa Especial de Acompanhamento Clínico _____	14
Dos Critérios e Prazos para Admissão ao Plano _____	14
Do Critério de Custeio _____	15
Dos Critérios de Atualização, Revisão e Alteração de Valores _____	15
Da Forma de Pagamento _____	16
Do Reembolso _____	17
Das Reclamações _____	17
Dos Serviços Médicos Credenciados _____	17
Da Vigência e Renovação do Contrato _____	18
Da Perda da Qualidade de Beneficiário _____	19
Da Rescisão _____	19
Da Documentação _____	19
Das Disposições Gerais e Foro _____	19

Contrato de Cobertura de Custos de Assistência Médica e Hospitalar, pelo regime de contratação individual, que entre si fazem, de um lado, **MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, doravante denominada **MEDPLAN**, estabelecida à Rua Osvaldo Cruz, nº 1121, Centro, CEP 65.020-251, São Luís/MA, CNPJ: 01.892.976/0002-60, Certificado de Registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nº 33.7510, e de outro, o **PROPONENTE** do presente contrato, doravante denominado **CONTRATANTE**, regendo-se pelas seguintes Cláusulas e Condições:

DO OBJETO

Cláusula 1ª - O objeto do presente contrato individual é a cobertura de custos pelo MEDPLAN, das despesas correspondentes à Assistência Médica Ambulatorial e/ou Hospitalar com Obstetrícia, prestada nos consultórios próprios ou credenciados, em hospitais e ambulatórios, dentro da rede por ela mantida ou contratada, aos beneficiários, quando os mesmos forem atingidos por eventos mórbidos, nos limites e condições definidos no presente contrato, seus aditivos e anexos, na área geográfica de abrangência que compreende as Cidades de São Luís (MA) e Teresina (PI), em conformidade com o que determina a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e disposições que a regulamentam.

DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª - Para fins deste contrato, considera-se:

I. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externa, súbita, involuntária e violenta, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

II. Agente de Vendas: é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de plano de saúde.

III. Agravo: é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

IV. Beneficiário Dependente: serão considerados Beneficiários Dependentes aqueles regularmente inscritos conforme Lei nº 9656/98 (ou conforme a consideração da Operadora).

V. Beneficiário Titular: qualquer consumidor que adquire um plano de assistência à saúde para si e, opcionalmente, para seus dependentes.

VI. Carência: é o período de tempo, contado a partir da data de vigência desse contrato, onde o beneficiário deverá permanecer, ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este.

VII. Carregamento: é o percentual incidente sobre as contraprestações pecuniárias do plano de assistência à saúde para fazer face às despesas de comissão de agenciamento, de administração e margem de lucro.

VIII. Cobertura Parcial Temporária: aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes.

IX. Contraprestação Pecuniária: é considerado cada um dos pagamentos periódicos efetuados pelo beneficiário para custeio do plano de assistência à saúde. Não são consideradas contraprestações pecuniárias os valores referentes aos contratos operacionalizados na modalidade de pós-pagamento.

X. Doenças e Lesões Preexistentes: aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação.

XI. Emergência Psiquiátrica: considera-se emergência psiquiátrica as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio (ou para terceiros), incluídas as ameaças e tentativas de danos morais e patrimoniais importantes.

XII. Emergência: entende-se por emergência tudo que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

XIII. Evento: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

XIV. Internação de casos psiquiátricos de dependência química: considera-se internação hospitalar de casos psiquiátricos em unidade clínica os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

XV. Internação Psiquiátrica Hospitalar ou em unidade clínica: considera-se internação psiquiátrica hospitalar ou em unidade clínica todos os transtornos psiquiátricos codificados pela CID-10 em situação de crise (caracterizada como risco de vida ou danos físicos, risco de danos morais importantes ou risco de incapacitação).

XVI. Limite Financeiro: é o limite monetário máximo das coberturas contratadas, nos casos de reembolso.

XVII. Plano Referência: plano com cobertura assistencial médico-hospitalar, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar; cobertura para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas na legislação vigente.

XVIII. Proposta de Adesão: é o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar plano de assistência à saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas Condições Gerais específicas do produto que esteja adquirindo.

XIX. Psicoterapia Breve de Crise: considera-se Psicoterapia Breve de Crise como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato.

XX. Reajuste Financeiro: atualização do valor das contraprestações pecuniárias em função da variação dos custos médicos- hospitalares.

XXI. Reajuste Técnico: reavaliação do valor das contraprestações pecuniárias decorrentes de alteração do risco devido à mudança de faixa etária do beneficiário.

XXII. Revisão Técnica: conjunto de medidas a serem adotadas com vistas à correção de desequilíbrios na carteira de planos privados de assistência à saúde que possam comprometer a liquidez e a solvência da operadora, mediante remodelagem integral ou parcial dos produtos, combinada ou não com o reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias.

XXIII. Segmentação: cada um dos tipos de planos.

XXIV. Transferência de Planos: procedimento operacional de transferência de um beneficiário entre operadoras distintas ou entre planos de assistência à saúde de uma mesma operadora.

XXV. Urgência: entende-se por urgência os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

XXVI. Vigência do Contrato: a contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do contrato.

XXVII. Parto a termo: é o parto ocorrido no período de 37 a 41 semanas de gestação.

DAS CARACTERÍSTICAS E SEGMENTAÇÃO

Cláusula 3ª - A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO a cobertura de custos para despesas com assistência médico-hospitalar nos consultórios próprios ou credenciados, em hospitais e ambulatorios, dentro da rede, por ela mantida ou contratada, e de acordo com as coberturas a seguir:

3.1 - PLANO GLOBAL PLUS APARTAMENTO (COBERTURA AMBULATORIAL, INTERNAÇÕES E OBSTETRÍCIA – REDE CREDENCIADA) - REGISTRO ANS Nº 426.194/99.1:

I – Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

III – Hemoterapia ambulatorial, cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, quimioterapia ambulatorial, radioterapia ambulatorial incluindo: megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;

IV – Emergência Psiquiátrica, conforme detalhado na Cláusula 4ª;

V – Psicoterapia breve de crise limitada a 12 (doze) sessões psicoterápicas anuais, conforme detalhado na Cláusula 4ª;

VI – Cobertura de internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou Centro de Terapia Intensiva (UTI, CETIN, etc);

§ 1º - Será vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade para internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva, ou similar;

VII – Cobertura de despesas referentes a Honorários Médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente, durante o período de internação hospitalar;

VIII – 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 ou radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de taxas e materiais utilizados durante as cirurgias; assim como da 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; cobertura de despesas de acompanhante no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60(sessenta) anos;

IX – Procedimentos considerados especiais tais como: hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD); sessões de quimioterapia; radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapias; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações e radiologia intervencionista; exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

X – Procedimentos fisioterápicos;

XI – Atendimento a cirurgias buco-maxilo-faciais realizadas em ambiente hospitalar;

XII – 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 a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de qualquer outra beneficiária do contrato, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que nascido sob a cobertura do plano contratado.

§ 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. Tal inclusão somente será aceita se realizada no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

XIII – Transplantes de rins e córneas, bem como as despesas com seus procedimentos 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, exceto medicamentos de manutenção;
- 4) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XIV – Internação hospitalar psiquiátrica limitada a 30 (trinta) dias anuais, conforme detalhado na Cláusula 4ª;

XV – Internação hospitalar de casos psiquiátricos de dependência química em unidade clínica limitada a 15 (quinze) dias anuais, conforme detalhado na Cláusula 4ª;

XVI – As internações previstas neste instrumento se farão em apartamento privativo.

§ 1º - Os CONTRATANTES dos planos com cobertura para transplante de córnea ou de rim deverão estar obrigatoriamente inscritos em uma das CNCDO's (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.

§ 2º - Cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

Cláusula 4ª – A cobertura de custos para saúde mental a que se refere este contrato corresponde ao estabelecido como obrigatório pelo CONSU, dividindo-se em :

Atendimento às emergências, assim considerado as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

Psicoterapia de crise, 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;

Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas para os transtornos psiquiátricos incluídos no CID-Código Internacional de Doenças-versão 10;

Internação hospitalar Psiquiátrica em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID-Código Internacional de Doenças-versão 10, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo.

Haverá custeio integral por 30 (trinta) dias de internação por ano; após este período o pagamento das despesas com a internação ficará a cargo do beneficiário.

Internação hospitalar em Unidade Clínica para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessitem de hospitalização, com custeio integral por 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral; após este período o pagamento das despesas com a internação ficará a cargo do beneficiário.

4.1. – Considera-se que uma pessoa acha-se em situação de crise sempre que a mesma estiver em pelo menos uma das seguintes condições de risco pessoal provocadas por transtorno mental concomitante:

- Risco de vida ou riscos físicos (e.g. ameaça ou tentativa de suicídio, auto-agressão);
- Risco de danos morais importantes (e.g. perda de decoro, destruição ou dilapidação de bens pessoais);
- Risco de incapacitação (e.g. perda do trabalho, da carreira escolar ou da função social relevante).

4.2. – O usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, esta cobertura será estendida até 180 (cento e oitenta) dias por ano.

DAS EXCLUSÕES

Cláusula 5ª - Este contrato não prevê cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos que seguem:

1. Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste contrato;
2. Tratamento clínico ou cirúrgico em caráter experimental;
3. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento rejuvenescedor ou emagrecedor com finalidade estética;
4. Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 123 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;
5. Internações, intervenções, tratamentos e demais procedimentos médicos destinados à inseminação artificial, esterilização do homem e/ou da mulher, métodos anticoncepcionais e procedimentos intra-uterinos no concepto;
6. Consultas, atendimentos domiciliares e enfermagem em caráter particular;
7. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
8. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados ou para tratamento domiciliar;
9. Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, SPA, clínicas de idosos ou clínicas de repouso mesmo que por indicação médica;
10. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos, incluindo a esclerose de varizes com indicação estética;
11. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como com finalidade exclusivamente estética; aviamento de óculos, lentes intra-oculares e aparelhos ortopédicos;
12. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato;
13. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
14. Qualquer outro tipo de transplantes, à exceção dos de córnea e rim;
15. Procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional (exames admissionais, demissionais, mudanças de função e periódicos);
16. Procedimentos odontológicos;
17. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes;
18. Casos de cataclismos, dentre estes, acidentes com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
19. Estão excluídos de cobertura pelo prazo de vinte e quatro meses, os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes; exceto para os beneficiários que fizerem opção por agravo;

20. Fornecimento em regime ambulatorial de medicamentos, vacinas (exceto para dessensibilização), e material de curativo;
21. Psicologia e Fonoaudiologia;
22. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
23. 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) e internação com finalidade diagnóstica cujo quadro clínico não a justifique e cujos os testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial sem prejuízo para o contratante;
24. Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pela legislação - o grau mínimo hoje definido pela legislação é 7 (sete);
25. Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar;
26. Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

DAS CARÊNCIAS

Cláusula 6ª - CARÊNCIA – É o período de tempo, contado a partir da data de vigência do presente contrato, durante o qual o CONTRATANTE deverá permanecer ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este, conforme definido na Cláusula 3ª. A carência poderá ser total, parcial ou nula, abrangendo todas as garantias ou parte delas, respeitando o(s) limite(s) estabelecido(s).

6.1. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

6.1.1 24 HORAS:

- a) Atendimento de urgência/emergência em prontos-socorros, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.

6.2. PARA OS ATENDIMENTOS ELETIVOS

6.2.1. 30 DIAS :

- a) Consultas no Núcleo de Orientação Médica do MEDPLAN;
- b) Exames complementares básicos de diagnóstico;
- c) Consultas em consultórios, clínicas e centros médicos credenciados.

6.2.2. 180 DIAS:

- a) Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos;
- b) Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais;

- c) Honorários Médicos de Internação;
- d) Custos Hospitalares de Internação;
- e) Exames complementares especiais de diagnóstico.

6.2.3. 300 DIAS:

- a) Partos a termo.

§ 1º - Nos casos de urgência e emergência, verificadas durante os prazos de carências, o atendimento se fará exclusivamente na modalidade de cobertura parcial temporária – CPT e em nível ambulatorial em unidades de Pronto Socorro e pelo período máximo de 12 (doze) horas, contados do seu início.

§ 2º - Quando for necessária a continuidade do atendimento de emergência, a internação ou a realização de procedimentos da exclusiva cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora e em tempo maior que 12(doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação passará a ser do contratante, não cabendo nenhum ônus ao MEDPLAN.

§ 3º - Os exames e serviços complementares, realizados em regime de internação, somente terão cobertura de custeio quando a internação estiver sob a cobertura do MEDPLAN, observadas as carências contratuais.

§ 4º - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Cláusula 7ª - São consideradas DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES, aquelas cujo beneficiário (por si ou por seu responsável) saiba ser portador ou sofredor à data do preenchimento da Declaração de Saúde. Qualquer doença ou lesão preexistente deve obrigatoriamente ser declarada por ocasião da assinatura da Solicitação de Adesão.

Quando o MEDPLAN constatar por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença, que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, será oferecida a alternativa do consumidor optar pelas modalidades de cobertura parcial temporária ou agravo. A escolha de uma das alternativas anteriormente referidas dependerá exclusivamente da decisão do consumidor por meio de declaração expressa.

A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo de 24 meses a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes, assim caracterizadas pela legislação. Os procedimentos de alta complexidade são definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS através da Resolução RN nº82, de 29 de setembro de 2004, ou outras que venham a sucedê-la. Os leitos de alta tecnologia são aqueles considerados de internação em unidade de tratamento intensivo, assim considerados aqueles que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde (UTI, Unidades coronarianas, Unidades neonatais, Unidades de Tratamento semi-intensivo).

O MEDPLAN poderá, por sua livre iniciativa, oferecer cobertura total no caso de doenças e lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o consumidor.

No caso de aplicação da cobertura parcial temporária, o MEDPLAN irá considerar somente a suspensão de evento cirúrgico, de uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente especificada conforme descrito na RN nº 82, de 29/09/2004 e informada em termo de ciência expedido para cada BENEFICIÁRIO.

Nos casos em que o beneficiário optar pelo Agravamento do contrato, o MEDPLAN deverá oferecer proposta esclarecendo a diferença de valores a serem acrescidos para alternativa de plano escolhida e de acordo com a patologia declarada por ocasião do preenchimento da Declaração de Saúde.

AGRAVO: é acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A opção pelo agravamento não o desobrigará de cumprir as outras carências previstas contratualmente. O agravamento pode ser aplicado apenas à patologia que requeira evento cirúrgico, e/ou uso de leitos de alta tecnologia, e/ou procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados a ela.

Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência relacionados à doença ou lesão preexistente, durante os períodos de carência, terão cobertura igual àquela assegurada na segmentação ambulatorial.

7.1 – Quando for necessária, para a continuidade do atendimento de emergência e urgência, a internação ou a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo qualquer ônus ao MEDPLAN;

§ 1º. Nos casos previstos acima, quando não possa haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade do atendimento, desobrigando-se, assim, o MEDPLAN, desse ônus.

§ 2º. Caberá ao MEDPLAN 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.

§ 3º. Na remoção o MEDPLAN 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 do SUS.

§ 4º. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º deste item, o MEDPLAN estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DAS CONSULTAS MÉDICAS

Cláusula 8ª - Os beneficiários serão consultados por Médicos Consultores constantes da Rede Credenciada Medplan, através da procura direta nos locais e horários indicados no Manual de Atendimento fornecido pelo MEDPLAN.

8.1 - A cobertura de custeio das consultas será realizada nos serviços participantes da rede credenciada do MEDPLAN, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, e para as quais o médico ou serviço esteja autorizado pelo MEDPLAN, nas condições e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO previsto na Cláusula 12ª.

DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cláusula 9ª – Nos Casos de Urgência e Emergência o CONTRATANTE terá acesso direto às unidades de Prontos Socorros credenciadas.

9.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso para o atendimento de urgências e emergências em pronto-socorro será realizada **nos limites e condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito à coberturas, exclusões e carências.**

9.2 - É assegurada a cobertura para o atendimento em pronto-socorro nos casos:

- a) de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;
- b) de urgência, assim entendidos os resultados de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional;
- c) de sofrimento intenso sem risco de vida ou de lesão irreparável, mas que justifique um atendimento médico imediato.

9.3 - Estão incluídos nos atendimentos de urgência e/ou emergência em pronto-socorro a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante este atendimento; caso se torne necessária a internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá os limites e normas estabelecidos nas cláusulas sexta e sétima, que tratam das carências e das doenças e lesões pré-existentes.

9.4 - Os atendimentos de urgências/emergências decorrentes de acidente pessoal serão garantidos após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

9.5 - Os atendimentos de urgências/emergências decorrentes de doenças e lesões preexistentes e nos casos relacionados a partos a termo ocorridos durante o período de carências, estão subordinados às normas estabelecidas para a Cobertura Parcial Temporária, conforme cláusula sétima.

9.6 – O CONTRATANTE internado em caráter de emergência e urgência, na rede assistencial credenciada, apresentará a carteira de associado e prova de identidade, e se obriga a comunicar ao MEDPLAN os motivos da internação no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas da data da internação.

9.7 – A falta de comunicação das razões da internação na rede assistencial credenciada, prevista no item anterior, poderá acarretar a critério do MEDPLAN, a não cobertura das despesas resultantes do atendimento.

9.8 – Quando durante o período de internação, for necessário o concurso de um ou mais especialistas, o CONTRATANTE apresentará relatório de cada médico e do médico assistente, justificando o concurso de outros profissionais não se admitindo, contudo, para efeito de ressarcimento, mais de um médico por especialidade.

9.9 – As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura) deverão ser pagas diretamente pelo CONTRATANTE, sem direito a ressarcimento pelo MEDPLAN.

9.10 – O MEDPLAN cobrirá as despesas com internação na rede assistencial credenciada, também quando solicitada por médico não credenciado, observados os limites e condições estabelecidas neste contrato.

DOS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Cláusula 10ª – Os exames complementares de diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais terão sua cobertura de custos assegurada quando realizados nos prestadores de serviços participantes da rede credenciada do MEDPLAN, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em conformidade com o Rol de Procedimentos elaborado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, nas condições e demais cláusulas deste contrato.

10.1 – As solicitações de exames ou procedimentos emitidas por médico assistente, deverão ser apresentadas ao MEDPLAN para apreciação.

10.2 – SÃO CONSIDERADOS EXAMES COMPLEMENTARES BÁSICOS:

- a) Exames Laboratoriais Básicos de Análises Clínicas;
- b) Exames Anátomo-patológicos e Citopatológicos;

- c) Exames radiológicos não-contrastados;
- d) Eletrocardiograma;
- e) Colposcopia e Colpocitologia.

10.3 – SÃO CONSIDERADOS EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIAIS:

- a) Exames Laboratoriais de Dosagens Hormonais, Teste do Pezinho, Imunologia e Radioimunoensaio;
- b) Ecocardiograma, Holter e Teste Ergométrico;
- c) Exames de diagnóstico em Medicina Nuclear;
- d) Exames radiológico contrastado de Aparelho Digestivo e Urinário;
- e) Exames de Densitometria Óssea;
- f) Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;
- g) Exames de Mamografia;
- h) Exames de Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia e Neurofisiologia;
- i) Exames de Penisscopia;
- j) Exames de Ultra-sonografia, incluindo Dopplerfluxometria;
- k) Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, Neuroradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;
- l) Exames de Hemodinâmica e exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;
- m) Exames Angiológicos de Dopplerfluxometria e Investigação Vascular Ultra-sônica;
- n) Testes Alérgicos e Provas Imuno-Alérgicas;
- o) Exames Genéticos e de Biologia Molecular;
- p) Exames especiais em Oftalmologia;
- q) Exames especiais em Otorrinolaringologia.

10.4 – SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS BÁSICOS:

- a) Inaloterapia Ambulatorial;
- b) Cirurgias Ambulatoriais de porte zero em Dermatologia;
- c) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Oftalmologia;
- d) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Ortopedia e Traumatologia;
- e) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Otorrinolaringologia;
- f) Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Urologia.

10.5 – SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ESPECIAIS:

- a) Fisioterapia;
- b) Dessensibilização;
- c) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;
- d) Radioterapia do tipo braquiterapia, megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;
- e) Quimioterapia Ambulatorial;
- f) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
- g) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
- h) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
- i) Artroscopia, Histeroscopia e Laparoscopia (diagnóstica e terapêutica);
- j) Diálise ou hemodiálise;
- k) Hemoterapia;

- l) Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
- m) Procedimentos para litotripsias;
- n) Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em cirurgia plástica;

10.6 – Compete ao MEDPLAN definir as normas administrativas para a solicitação de exames complementares de diagnóstico e tratamento, objetivando o adequado cumprimento do contrato, inclusive os prazos para liberação dos procedimentos eletivos solicitados.

DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Cláusula 11^a – A internação ocorrerá na rede assistencial credenciada do MEDPLAN observadas as carências estabelecidas no contrato.

11.1 – As internações se farão em apartamento até o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco dias) por beneficiário, por ano de contrato, ressalvado o disposto no subitem 11.2 desta cláusula e incluirão os seguintes serviços:

- a) internação de natureza clínica;
- b) internações cirúrgicas, inclusive equipe médica, conforme norma da Associação Médica Brasileira-AMB;
- c) sala de cirurgia, UTI, unidade coronariana e unidade respiratória, berçário e UTI neonatal;
- d) taxas e aluguéis de equipamentos, materiais e medicamentos referenciados;
- e) serviços de enfermagem e alimentação do paciente;
- f) acomodação para 1(um) acompanhante do beneficiário com idade de até 18(dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos;

11.2 - As internações de beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, por prazo não superior a 30 (trinta) dias por ano, serão custeadas integralmente pelo MEDPLAN, excetuando-se os quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo.

11.3 – Serão igualmente custeadas pelo MEDPLAN as internações de beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência química que necessitem de hospitalização por prazo de até 15 (quinze) dias por ano.

11.4 – O MEDPLAN arcará também com o custeio integral de 12 (doze) sessões de Psicoterapia de crise por ano, a serem realizadas em nível ambulatorial, com duração máxima de 12 (doze) semanas.

11.5 - Nas internações de caráter de urgência/emergência, o beneficiário ou seu responsável fará comunicar à CONTRATADA, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato;

11.6 - As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela CONTRATADA, devendo o beneficiário solicitar autorização nas agências da CONTRATADA;

11.7 - A falta de comunicação sobre as razões da internação, acarretará a não cobertura das despesas resultantes do atendimento;

11.8 – As autorizações para internações serão fornecidas mediante Guias de Internação Hospitalar ou através de qualquer outro meio que a critério do MEDPLAN seja implantado, objetivando maior prestação do atendimento.

11.9 – Para o fornecimento da autorização de internação, o CONTRATANTE deverá apresentar relatório, por escrito, do médico assistente, onde conste, obrigatoriamente:

- a) diagnóstico e tratamento proposto;
- b) data e local da internação.

11.10 - A exigência da declaração do médico assistente visa deixar claro a CONTRATADA e o CONTRATANTE a existência da cobertura prevista neste contrato.

11.11 – A autorização será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários ao tratamento de casos idênticos. A prorrogação de internação será concedida pelo MEDPLAN, mediante solicitação do médico assistente justificando as razões do pedido.

11.12 - O CONTRATANTE ao internar-se deverá apresentar à administração do hospital:

- a) carteira de associado;
- b) carteira de identidade;
- c) guia de internação hospitalar.

11.13 – As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, como refeições para acompanhantes, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a ressarcimento pelo MEDPLAN.

11.14 – Nos casos dos transplantes previstos neste contrato o candidato ao mesmo deverá, sempre que a legislação exigir, estar inscrito em uma das listagens dos Centros de Notificação e Captação de Doadores de Órgãos - CNCDO's, e sujeitar-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos dos mesmos.

DO PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

Cláusula 12^a – As doenças e os tratamentos a seguir relacionados, serão acompanhados e executados exclusivamente por credenciados participantes do Programa Especial de Acompanhamento Clínico, cujo objetivo é promover o seguimento clínico mais específico, dentro das normas recomendadas em protocolos médicos (definidos por patologia, sexo e faixa etária) e atingir um melhor controle das doenças ao longo do tempo.

- a) Transplantes de órgãos cobertos – rins e córneas;
- b) Tratamento cirúrgico da refração;
- c) Tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- d) Tratamento fisioterápico para reabilitação;
- e) Doenças e lesões, de acordo com os grupos de diagnósticos especificados pelos seus códigos internacionais de doenças :

- ❖ Doenças do aparelho cárdio-circulatório (CID I 10 – I 52)
- ❖ Diabetes mellitus (CID E 10 – E 14)
- ❖ Insuficiência renal (CID N 17 – N 19)
- ❖ Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações (CID B 20 – B 24)
- ❖ Oncologia (CID C 00 – C97 / D00 – D09)
- ❖ Gravidez de Alto Risco (CID O10-048)
- ❖ Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química (CID F00-F99)

12.1 – É de exclusiva responsabilidade do MEDPLAN a definição das normas técnicas para a seleção dos credenciados participantes deste Programa, podendo incluir outras doenças e tratamentos.

DOS CRITÉRIOS E PRAZOS PARA ADMISSÃO AO PLANO

Cláusula 13^a – Após a assinatura da Proposta de Adesão o CONTRATANTE e os beneficiários da mesma terão até 3 (três) dias úteis para proceder à entrevista qualificada .

13.1 – A entrevista qualificada se constitui no preenchimento da Declaração de Saúde, elaborada pelo MEDPLAN, tendo como objetivo principal relacionar todas as doenças de conhecimento do beneficiário em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes do seu contrato.

13.2 – Cabe ao MEDPLAN nomear um médico para atuar como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento da declaração de saúde todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação à sua omissão.

13.3 – Fica o beneficiário ou seu responsável obrigado a informar ao MEDPLAN, no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, a condição de portador de doença ou lesão pré-existente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de surgir a sanção prevista do art. 13, § único, II, da Lei 9.656/98.

§ 1º - No caso de não adesão em que já tenha havido pagamento da mensalidade, os valores pagos devem ser devolvidos atualizados pelo **MEDPLAN**. A restituição deve ocorrer até 03 (três) dias úteis após o pagamento da mensalidade.

§ 2º - Fica assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do CONTRATANTE como dependente no plano, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular do contrato, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

§ 3º - Em razão da idade do beneficiário, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde .

§ 4º - A inclusão de novos dependentes somente será autorizada pelo MEDPLAN por ocasião de nascimento ou adoção, e desde que no prazo de 30 (trinta) dias da data de nascimento ou de adoção, cumpridas as obrigações legais para reconhecimento de adoção.

§ 5º - Inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO adotante.

DO CRITÉRIO DE CUSTEIO

Cláusula 14ª – O presente contrato classifica-se de acordo com o critério de custeio como sendo do tipo contributário em regime de pré-pagamento.

DOS CRITÉRIOS DE ATUALIZAÇÃO, REVISÃO E ALTERAÇÕES DE VALORES

Cláusula 15ª – As contraprestações pecuniárias serão reajustadas da seguinte maneira:

*** REAJUSTE FINANCEIRO:**

Haverá um reajuste anual de acordo com a variação das despesas médicas e/ou hospitalares e administrativas da Operadora, a ser apurada mediante a aplicação dos critérios designados pelo Órgão Fiscalizador competente para cada ano vigente.

*** REAJUSTE TÉCNICO:**

Havendo alteração de faixa etária do beneficiário titular e/ou dependente, a contraprestação pecuniária será reajustada, a partir do mês subsequente da ocorrência da alteração de acordo com os percentuais abaixo:

§ 1º – As faixas etárias de que trata a presente Cláusula são:

FAIXAS ETÁRIAS **PERCENTUAIS DE REAJUSTE**

de 0 a 18 anos	-
de 19 a 23 anos	10,00%
de 24 a 28 anos	12,06%
de 29 a 33 anos	14,01%
de 34 a 38 anos	20,40%
de 39 a 43 anos	21,90%
de 44 a 48 anos	24,80%
de 49 a 53 anos	29,60%
de 54 a 58 anos	32,50%
de 59 anos ou mais	34,10%

§ 2º – A variação de valor na mensalidade não poderá atingir o BENEFICIÁRIO com mais de 60 (sessenta) anos de idade.

DA FORMA DE PAGAMENTO

Cláusula 16ª – O CONTRATANTE obriga-se a pagar ao MEDPLAN nos prazos e datas convencionados:

- a) a primeira mensalidade e taxa de inscrição na assinatura da proposta;
- b) as mensalidades subseqüentes correspondentes à sua faixa etária e de seus dependentes, de acordo com o estabelecido pelo MEDPLAN relativamente ao local, forma e data de pagamento.

16.1 – O não recebimento da cobrança mensal não desobriga o CONTRATANTE de quitar sua mensalidade até a data do vencimento.

16.2 – No caso de não pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12(doze) meses de vigência de contrato, acarreta para o CONTRATANTE a perda do direito a qualquer atendimento ou ressarcimento, com a sua imediata exclusão do plano, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

16.3 – A data limite para pagamento da mensalidade não poderá ultrapassar a data de vencimento do boleto bancário, do Aditivo de Renovação, dos Aditivos ou Endossos dos quais resulte aumento ou redução da mensalidade.

16.4 – Quando a data limite cair em dia que não haja expediente bancário o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil subseqüente.

16.5 – O pagamento da mensalidade posterior não quita débitos anteriores.

16.6 – O CONTRATANTE, não recebendo o carnê ou documento de cobrança até 5(cinco) dias antes da data do vencimento, deverá comunicar-se com o MEDPLAN para orientar-se e efetuar o pagamento.

Cláusula 17ª - Após a data de vencimento a mensalidade será acrescida de multa de 2% e mora por atraso de 1% ao mês.

DO REEMBOLSO

Cláusula 18ª - O reembolso das despesas de serviços médicos e hospitalares é garantido, nos limites das obrigações contratuais, ao CONTRATANTE nos casos de urgência e emergência em que este for atendido em pronto-socorro hospitalar em rede não credenciada quando comprovadamente não tenha sido possível a utilização de serviços credenciados pelo MEDPLAN.

18.1 – O MEDPLAN ressarcirá, tendo como base 100% dos valores definidos na Tabela MEDPLAN e adotados à época do atendimento, despesas de serviços médicos hospitalares mediante a apresentação dos seguintes documentos, no prazo de até 30 (trinta) dias após a alta hospitalar:

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

18.2 - O MEDPLAN poderá solicitar ao CONTRATANTE informações e documentos que julgar necessários à complementação administrativa do procedimento de ressarcimento, no prazo de 20 (vinte) dias úteis, após a entrega da documentação respectiva; o que acarretará um novo prazo de 30 (trinta) dias a partir desta entrega.

18.3 - Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como responsável na Solicitação de Reembolso, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

DAS RECLAMAÇÕES

Cláusula 19ª - Quando o CONTRATANTE se sentir insatisfeito com o atendimento médico previsto neste contrato, deverá encaminhar à DIRETORIA TÉCNICA do MEDPLAN formulário de reclamação fornecido pelo MEDPLAN, onde deverá descrever o motivo da insatisfação, os profissionais que prestaram o atendimento, o local, seu nome completo e número do contrato.

Parágrafo Único - O MEDPLAN deverá se manifestar num prazo de 03 (três) dias sobre a reclamação recebida.

19.1 - Nos casos de discordâncias de natureza médica, referentes às coberturas previstas na Cláusula 3ª, deverá ser constituída uma junta médica composta por 03(três) membros: um nomeado pelo MEDPLAN, um pelo CONTRATANTE e um terceiro, desempassador, escolhido de comum acordo pelas partes cujo ônus cabe ao MEDPLAN.

19.1.1 – Caso não haja acordo quanto ao médico desempassador este será designado pela associação específica de médicos.

DOS SERVIÇOS MÉDICOS CREDENCIADOS

Cláusula 20ª – Os serviços médicos e hospitalares integrantes deste contrato serão prestados através dos credenciados do MEDPLAN, dos quais o CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento.

§ 1º – É facultada a substituição de estabelecimento hospitalar, a que se refere o caput desta cláusula, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos excepcionais decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º – Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar, a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º – Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução o MEDPLAN deverá solicitar à ANS autorização expressa para tanto.

DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

Cláusula 21ª - O início da vigência deste contrato será a data de assinatura da Proposta de Adesão.

21.1 – A data para o início do contrato poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais e da declaração de saúde .

21.2 – A data do vencimento das mensalidades será a da assinatura da Proposta de Adesão.

21.3 – As partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pelo CONTRATANTE, constituindo-se causa para novo contrato; esta mudança ocorrerá na data de aniversário do contrato.

21.4 – Quando da transferência será contabilizado o tempo de vigência deste contrato, à exceção dos novos benefícios ou da utilização da nova rede de atendimento, que cumprirão as carências determinadas para o mesmo previsto no novo plano.

21.5 – As transferências deverão incluir todos os participantes do contrato.

Cláusula 22ª – Este contrato terá um período de vigência de 12 (doze) meses a partir da data de adesão ao plano, podendo ser denunciado pelo CONTRATANTE, mediante comunicação por escrito na data de vencimento da mensalidade.

§ 1º – Os beneficiários que, na data do pedido de cancelamento do contrato, efetuarem o pagamento da mensalidade, estarão sob a cobertura por um prazo de 30 (trinta) dias. A responsabilidade do MEDPLAN sobre os atendimentos indicados cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado nesta Cláusula, correndo as despesas a partir de então por conta do CONTRATANTE.

§ 2º – Os CONTRATANTES que, na data de solicitação de cancelamento do contrato, não efetuarem o pagamento da mensalidade terão a cobertura contratual encerrada na mesma data.

§ 3º – Mediante solicitação formal a exclusão de beneficiário será realizada em caso de falecimento na data de vencimento da mensalidade. É obrigatória a devolução das carteiras de identificação dos beneficiários excluídos.

§ 4º – O presente contrato tem renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. Será vedado:

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude, por não pagamento da mensalidade por período superior a 60(sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência e;

c) a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Cláusula 23ª – A omissão de informações, ou a informação inverídica sobre doenças ou lesões preexistentes, poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento e, por conseguinte ensejar a abertura de Processo Administrativo junto à ANS, que caso procedente, além de constituir causa para rescisão do contrato, fará com que o beneficiário passe a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, nos termos da legislação em vigor.

DA RESCISÃO

Cláusula 24ª – O presente contrato será rescindido de pleno direito, em qualquer época, independentemente de interpelação, notificação judicial ou extrajudicial, se o CONTRATANTE:

- a) atrasar o pagamento das mensalidades por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;
- b) omitir ou prestar informações, ou tentar, por qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes durante a vigência deste contrato.

Parágrafo único – Caberá ao CONTRATANTE igual direito de rescisão, caso o MEDPLAN não cumpra com suas obrigações de cobertura de custos e serviços médicos e hospitalares nos termos deste contrato.

DA DOCUMENTAÇÃO

Cláusula 25ª - São documentos do presente contrato a Proposta de Adesão, o recibo correspondente, bem como os anexos complementares, os aditivos, tabela de preços, declarações de saúde, recibos de pagamento e cartão medplan .

Parágrafo único - Qualquer alteração nesses documentos, só será válida se for feita por escrito e com concordância das partes contratantes.

25.1 – O CONTRATANTE obriga-se a fornecer todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos.

25.2 – O MEDPLAN coloca à disposição do CONTRATANTE o Serviço de Atendimento ao Cliente, assim como a Diretoria Técnica com endereço na Rua Osvaldo Cruz, 1121 / Centro, São Luís-MA, fone: (98) 3221-8888, para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais acerca de carências contratuais, coberturas, direitos e deveres.

25.3 – Não se admitirá a presunção de que as partes contratantes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente no contrato, da proposta de adesão ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

Cláusula 26ª - O presente contrato obriga as partes entre si, seus herdeiros e sucessores.

26.1 – Em caso de falecimento do CONTRATANTE o cônjuge beneficiário ou o beneficiário mais idoso passará a ser responsável pelo pagamento dos valores pactuados. Neste caso, deverá ser comunicado o falecimento ao MEDPLAN com apresentação da certidão de óbito para alteração contratual e emissão de novo carnê de pagamento.

26.1.1 - O contrato somente poderá ser mantido mediante a permanência de todos os beneficiários então existentes. Se isso não ocorrer, o contrato será extinto.

26.2 - O contrato constitui o único e integral acordo entre as partes referentes ao objeto constante da cláusula primeira e cancela todos os outros compromissos, entendimentos, contratos e garantias porventura existentes entre as partes e referentes ao objeto constante da cláusula primeira já mencionado, mesmo que sejam verbais ou escritos, dando-se às partes mutuamente ampla e total quitação.

26.3 - Caso a Lei ou o regulamento não determine uma forma especial de comunicação, a CONTRATADA na sua comunicação com o cliente poderá se utilizar de qualquer meio possível, entre os quais, porém não limitados a somente estes: cartas (com ou sem Aviso de Recebimento), e-mails, telefone, ou qualquer outro meio eletrônico ou físico.

26.4 - O foro para o caso de litígio ou pendência judicial será o do domicílio do TITULAR/RESPOSÁVEL.

26.5 - O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva da CONTRATADA. Em caso de descredenciamento, a CONTRATADA providenciará alternativas para continuidade do atendimento, bem como sua comunicação.