

ÍNDICE

Do Objeto _____	02
Das Definições _____	02
Das Características e Segmentação _____	04
Do Cadastro de Beneficiários _____	06
Da Cobertura para Saúde Mental _____	07
Das Exclusões _____	08
Das Carências _____	09
Das Consultas Médicas _____	09
Dos Atendimentos de Urgência e Emergência _____	10
Dos Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial _____	10
Das Internações Hospitalares _____	11
Do Programa Especial de Acompanhamento Clínico _____	12
Do Critério de Custeio _____	13
Dos Critérios de Atualização, Revisão e Alterações de Valores _____	13
Da Forma de Pagamento _____	14
Do Reembolso _____	14
Das Reclamações _____	15
Dos Serviços Médicos Credenciados _____	15
Da Perda da Qualidade de Beneficiário _____	16
Da Vigência e Renovação do Contrato _____	16
Da Rescisão _____	17
Da Documentação _____	18
Das Disposições Gerais e Foro _____	18

Contrato de Cobertura de Custos de Assistência Médica e Hospitalar que entre si fazem, de um lado, como CONTRATADA, **MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, com sede à Rua Coelho Rodrigues, 1921, Centro, CEP 64.000-080, Teresina/PI, CNPJ: 01.892.976/0001-89, Certificado de Registro junto à ANS (Agência Nacional de Saúde) nº 33.7510, e de outro, como CONTRATANTE, o PROPONENTE do presente contrato, doravante denominado CONTRATANTE, regendo-se pelas seguintes Cláusulas e Condições:

Cláusula 1ª - DO OBJETO

O objeto do presente **contrato coletivo empresarial** é a cobertura de custos pelo **MEDPLAN**, das despesas correspondentes à Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar 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 a Cidade de Teresina (PI).

Cláusula 2ª - DAS DEFINIÇÕES

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. Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde.

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

IV. Beneficiário Dependente: esposa ou companheira, comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes; os filhos (as) solteiros (as) menores de 25 (vinte e cinco) anos. São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores sob a guarda judicial, enteados e tutelados.

V. Beneficiário Titular: os sócios, diretores ou empregados do **CONTRATANTE**, expressamente indicados e cadastrados pela mesma.

VI. 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.

VII. Contratante: é a pessoa jurídica responsável pelo cumprimento do presente contrato, para massa delimitada de beneficiários, com adesão automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor à pessoa jurídica contratante, de modo a abranger a totalidade ou maioria absoluta da massa de empregados.

VIII. 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.

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

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

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. 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.

XIII. 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.

XIV. 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).

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

XVI. 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.

XVII. 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.

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

XIX. Reajuste Técnico: reavaliação do valor das contraprestações pecuniárias decorrentes de alteração do risco devido à mudança de faixa etária do **BENEFICIÁRIO**.

XX. Reembolso: montante pago ao próprio **BENEFICIÁRIO** referente às despesas pagas por ele, quando realizadas fora da rede credenciada, com o tratamento médico garantido no contrato, até os limites financeiros pré-fixados no contrato.

XXI. 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.

XXII. Segmentação: cada um dos tipos de planos.

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

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

XXV. Vigência do Contrato: a contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do contrato, considerando cumulativamente os períodos de dois ou mais planos equivalentes, quando sucessivos numa mesma operadora, independente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.

Cláusula 3ª - DAS CARACTERÍSTICAS E SEGMENTAÇÃO

A **CONTRATADA** assegura à **CONTRATANTE** 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, na modalidade de plano a seguir:

1. PLANO GLOBAL STANDARD APARTAMENTO (Ambulatorial, Hospitalar com Parto) REGISTRO NA ANS Nº 400.696/98-8:

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

1.2 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais, mediante indicação médica;

1.3 – Hemoterapia ambulatorial, hemodiálise e diálise peritoneal, cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, quimioterapia ambulatorial, radioterapia ambulatorial incluindo: megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;

1.4 - Emergência Psiquiátrica, conforme detalhado na Cláusula 5ª;

1.5 - Psicoterapia breve de crise limitada a 12 (doze) sessões psicoterápicas anuais, conforme detalhado na Cláusula 5ª;

1.6 – 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;

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

1.8 – Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle e evolução da doença e elucidação diagnóstica; fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, e transfusões, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de taxas, incluindo materiais utilizados; 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;

1.9 – 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;

1.10 – Procedimentos fisioterápicos,

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

1.12– Procedimentos relativos ao pré-natal e cobertura de urgência e emergência obstétrica;

1.13 – Cobertura de parto para a **BENEFICIÁRIA**;

1.14 - Cobertura de internação neonatal e toda cobertura assistencial durante a internação ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente, durante os 30(trinta) dias após o parto;

1.15 - 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 a 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 e manutenção;
4. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

1.16 – Internação hospitalar psiquiátrica limitada a 30 (trinta) dias anuais, conforme detalhado na cláusula 5ª;

1.17 – Internação hospitalar de casos psiquiátricos de dependência química em unidade clínica limitada a 15 (quinze) dias anuais, conforme detalhado na cláusula 5ª;

§ 1º - Todas as internações previstas neste instrumento se farão em apartamento, com cobertura de despesas de acompanhante nos caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos.

§ 2º - Os **BENEFICIÁRIOS** deste plano candidatos a transplantes 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.

1.18 - Cobertura para cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

Cláusula 4ª- DO CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS

São considerados **BENEFICIÁRIOS** deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pelo **CONTRATANTE** e que sejam admitidos pelo **MEDPLAN**.

4.1 - São incluídos como **BENEFICIÁRIOS**:

- a) sócios e diretores, conforme Contrato Social do **CONTRATANTE**;
- b) empregados com vínculo empregatício;
- c) dependentes diretos dos sócios, diretores, empregados.

4.2 - São considerados **BENEFICIÁRIOS TITULARES** os sócios, diretores ou empregados do **CONTRATANTE** expressamente indicados e cadastrados pelo mesmo.

4.3 - São considerados **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES DIRETOS** em relação ao beneficiário titular e deverão ser incluídos no mesmo plano deste:

- a) esposa ou companheira, comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;
- b) os filhos (as) solteiros (as) menores de 25 (vinte e cinco) anos.

4.3.1 - São equiparados aos filhos, para fins deste contrato, menores sob a guarda judicial, enteados e tutelados.

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

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

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

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

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

4.7 – O **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **MEDPLAN** qualquer mudança de estado civil dos titulares e dependentes, nascimento de filho do titular, demissão ou admissão de novo empregado, promovendo as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da data da ocorrência.

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

4.7.2 – A inclusão do titular no curso do contrato só será permitida se for solicitada até 30 (trinta) dias da data de sua admissão na **CONTRATANTE**.

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

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

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

4.9 – O **MEDPLAN** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano.

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

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

Cláusula 5ª – DA COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

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

a) 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;

b) 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.

c) 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.

d) Psicoterapia breve 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;

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

5.1. – 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).

5.2. – 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.

Cláusula 6ª - DAS EXCLUSÕES

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

1. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento rejuvenescedor ou emagrecedor com finalidade estética;
2. Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 123 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;
3. Internações, intervenções, tratamentos e demais procedimentos médicos destinados à inseminação artificial, esterilização do homem e/ou da mulher;
4. Enfermagem em caráter particular, seja em domicílio ou em hospital;

5. Quaisquer procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica vigente na ocasião do evento;
6. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados ou para tratamento domiciliar;
7. Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, SPA, clínicas de idosos ou clínicas de repouso mesmo que por indicação médica;
8. Cirurgias e tratamentos estéticos;
9. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
10. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato;
11. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
12. Qualquer outro tipo de transplantes, à exceção dos de Córnea e Rim;
13. 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);
14. Procedimentos odontológicos;
15. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes;
- 16 O atendimento a procedimentos cirúrgicos ou de alta complexidade relacionados às exclusões.
18. Fonoaudiologia e Psicologia.
19. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações.

Cláusula 7ª - DAS CARÊNCIAS

SEM CARÊNCIAS PARA CONTRATOS COM NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS IGUAL OU MAIOR QUE 50 (CINQUENTA).

Cláusula 8ª - DAS CONSULTAS MÉDICAS

Nos **CASOS ELETIVOS** os BENEFICIÁRIOS deverão dirigir-se, de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 18:00 hs ao **Núcleo de Orientação Médica do MEDPLAN**, localizado na Rua Coelho Rodrigues, 1921, Bairro: Centro, Cidade: Teresina-PI, CEP: 64000-080, telefone:(86) 221-8888. Os BENEFICIÁRIOS serão consultados por **Médicos Orientadores** em três especialidades básicas: **Ginecologia, Clínica Geral e Pediatria**. Após a consulta com o Médico Orientador, conforme a necessidade diagnosticada, os BENEFICIÁRIOS serão

encaminhados aos Médicos Consultores das diversas especialidades componentes da Rede Assistencial MEDPLAN, bem como serão encaminhados para a realização de exames complementares e procedimentos ambulatoriais. Não havendo necessidade de encaminhamento, será procedido o devido seguimento clínico no **Núcleo de Orientação Médica do 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 à coberturas, exclusões, carências e PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO previsto na Cláusula 12^a.

Cláusula 9^a - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nos **Casos de Urgência e Emergência** o beneficiário terá acesso direto às unidades de Prontos Socorros credenciadas:

A) PRONTO MED ADULTO:

Rua Paissandu, 1842 - Centro
Telefone: 221-1234

B) PRONTO MED INFANTIL

Av. Frei Serafim, 1984 - Centro
Telefone: 222-1234

9.1 – Os Atendimentos de Urgência e Emergência realizados, terão a cobertura de custos assegurada pelo Medplan dentro das condições e demais cláusulas deste contrato.

Cláusula 10^a - DOS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

Os exames complementares de diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais terão sua cobertura de custos assegurada quando realizados nos prestadores de serviços participantes da rede credenciada Medplan, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, 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) Ecocardiograma, Holter e Teste Ergométrico;
- b) Exames Angiológicos de Dopplerfluxometria e Investigação Vascular Ultra-sônica;
- c) Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;

- d) Exames de Densitometria Óssea;
- e) Exames de diagnóstico em Medicina Nuclear;
- f) Exames de Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia e Neurofisiologia;
- g) Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;
- h) Exames de Mamografia;
- i) Exames de Peniscopia;
- j) Exames de Ultra-sonografia, incluindo Dopplerfluxometria;
- k) Exames Genéticos e de Biologia Molecular;
- l) Exames Laboratoriais de Dosagens Hormonais, Teste do Pezinho, Imunologia e Radioimunoensaio;
- m) Exames radiológicos contrastados de Aparelho Digestivo e Urinário;
- n) Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, Neuroradiologia, Angiografias, Coronariografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;
- o) Testes Alérgicos e Provas Imuno-Alérgicas.

10.4 – SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS BÁSICOS:

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

10.5 – SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ESPECIAIS:

- a) Artroscopia, Histeroscopia e Laparoscopia (diagnóstica e cirúrgica);
- b) cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;
- c) Dessensibilização;
- d) Diálise ou hemodiálise;
- e) Fisioterapia;
- f) Hemoterapia;
- g) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
- h) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
- i) Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
- j) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;
- k) Quimioterapia ambulatorial;
- l) Radioterapia do tipo braquiterapia, megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;
- m) Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial.

Cláusula 11ª - DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

A cobertura de custeio de internações será realizada em estabelecimentos (hospitais e clínicas) credenciados pelo **MEDPLAN** para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial, e de acordo com as normas estabelecidas pelos órgãos responsáveis.

11.1 – Para obtenção de autorização específica para as internações de caráter eletivo, o beneficiário deverá apresentar ao **MEDPLAN**, com antecedência de 03 (três) dias úteis, declaração assinada pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, época do início da enfermidade, tratamento proposto com seu respectivo Código da Tabela Medplan, bem como a duração provável da internação.

11.2 – A Guia de Internação será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários para os casos idênticos. A prorrogação da internação será concedida pelo **MEDPLAN** após solicitação fundamentada do médico assistente.

11.2.1 - Será vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade para internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva, ou similar.

11.3 – Ao se internar o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar à admissão do hospital a Guia de Internação assinada pelo **MEDPLAN**, bem como carteira de beneficiário e documento de identificação pessoal.

11.4 – O beneficiário internado em caráter de urgência e emergência (ou o seu responsável) fará comunicar ao **MEDPLAN**, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões de sua internação, juntamente com a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato .

11.5 – As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura como, por exemplo, refeições para acompanhantes, telefonemas, utilização de TV) deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a ressarcimento pelo **MEDPLAN**. As despesas de acompanhante para menor de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, incluídas as refeições e acomodação, estão isentas de pagamento.

11.6– Nos casos dos transplantes previstos neste contrato, oriundos de doador cadáver, 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.

CLÁUSULA 12ª - DO PROGRAMA ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

As doenças e os tratamentos a seguir relacionados, serão acompanhadas e executadas 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.

Cláusula 13ª - DO CRITÉRIO DE CUSTEIO

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

Cláusula 14ª - DOS CRITÉRIOS DE ATUALIZAÇÃO, REVISÃO E ALTERAÇÕES DE VALORES

As contraprestações pecuniárias serão reajustadas da seguinte maneira:

A) 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.

§ 1º – Os reajustes dos aditivos serão realizados na mesma data do reajuste principal.

B) 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.

§ 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;

§ 3º– Os percentuais de reajuste entre as faixas etárias poderão também ser pactuados entre as partes contratantes através de termo aditivo contratual, parte integrante deste contrato, tendo o seu cálculo baseado na composição etária do total dos beneficiários.

Cláusula 15ª - DA FORMA DE PAGAMENTO

O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** nos prazos convencionados a seguir:

- a) Primeira mensalidade e taxa de inscrição na assinatura da proposta;
- b) Contribuições mensais de acordo com a faixa etária, na data de seus vencimentos;
- c) Reajuste das mensalidades estabelecido na data de aniversário do beneficiário que implique em mudança de faixa etária, e;
- d) Reajuste das mensalidades estabelecido na data de aniversário do presente contrato.

15.1 - O não recebimento da cobrança mensal não desobriga o **CONTRATANTE** de quitar sua mensalidade até a data do vencimento, para poder contar com as coberturas contratuais. A **CONTRATADA** fica obrigada a fornecer, quando solicitado, recibo avulso para a quitação do débito.

15.2 - 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.

15.3 - Quando a data limite cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento da contraprestação poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

15.4 - O pagamento posterior não quita débitos anteriores.

15.5 - O valor do pagamento por beneficiário cadastrado ou excluído após 10 (dez) dias corridos anteriores à data da fatura será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando em justificativa para atraso de pagamento, qualquer divergência que ocorra, na relação de BENEFICIÁRIOS, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado, e os acertos serão realizados no faturamento seguinte.

15.6 – Após a data de vencimento, a mensalidade será acrescida de multa de 2% e mora por atraso de 1% ao mês.

Cláusula 16ª – DO REEMBOLSO

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**.

16.1 – 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**.

16.2 - O **MEDPLAN** poderá solicitar ao **CONTRATANTE** 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; o que acarretará um novo prazo de 10 (dez) dias a partir desta entrega.

16.3 - Os valores aprovados para reembolso serão pagos ao BENEFICIÁRIO identificado nos documentos descritos na Cláusula 16 item 16.1, sendo indispensável a apresentação de seu CPF, e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

Cláusula 17ª - DAS RECLAMAÇÕES

Quando o beneficiário se sentir insatisfeito com o atendimento médico previsto neste contrato, deverá encaminhar à DIRETORIA TÉCNICA do **MEDPLAN** formulário de reclamação fornecido pela mesma, onde deverá descrever o motivo da insatisfação, os profissionais que prestaram o atendimento, o local, seu nome completo e número do contrato.

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

1.7.2 - Nos casos de discordâncias de natureza médica, referentes às coberturas previstas neste contrato, deverá ser constituída uma junta médica composta por 3 (três) membros: um nomeado pelo **MEDPLAN**, um pelo **CONTRATANTE** e um terceiro, desempataador, escolhido de comum acordo pelas partes cujo ônus cabe ao **MEDPLAN**.

1.7.3 - Caso não haja acordo quanto ao médico desempataador este será designado pela associação específica de médicos.

Cláusula 18ª - DOS SERVIÇOS MÉDICOS CREDENCIADOS

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

18.1- É facultada a substituição de entidade 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 aos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

18.2 - Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar, a que se refere o item 20.1 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.

18.3 - Excetuam-se do previsto no item 20.2 o caso de substituição do estabelecimento hospitalar por infração as normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

18.4 - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à **ANS** autorização expressa para tanto.

Cláusula 19ª - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Haverá perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO** nos casos em que forem comprovadas fraudes pelo mesmo.

Cláusula 20ª - DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados da data da sua assinatura. Ele será renovado nos termos da legislação vigente, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como não havendo a incidência de qualquer período adicional de carência.

§ 1º Este contrato poderá ser denunciado pelo **CONTRATANTE**, ou pela **CONTRATADA**, mediante comunicação por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

20.1 – 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.

20.2 – 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.

20.3 - As transferências deverão incluir o beneficiário titular e seus dependentes.

20.4 – Ao beneficiário com vínculo empregatício no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário para si e seus dependentes, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal.

20.4.1 – O período de manutenção da condição de beneficiário acima referido será um terço de tempo de permanência no plano ou sucessor com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte quatro meses.

20.5 – Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos seus dependentes cobertos pelo plano nos termos do item 20.4 e 20.4.1.

20.6 – As condições previstas no item 20.4 e item 20.4.1 deixarão de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

20.7 – Ao aposentado que contribuir para plano coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

20.8 – As garantias previstas nos itens 20.4, 20.5 e 20.6 serão garantidas se forem solicitadas até 30 (trinta) dias da ocorrência da demissão sem justa causa, da morte do titular ou da aposentadoria.

20.9 - Extinto o contrato, qualquer que seja o motivo, o **MEDPLAN** deixará de ser responsável pela cobertura dos custos ou reembolso das despesas havidas após a extinção, passando esta responsabilidade para o **CONTRATANTE**, e ficando o **MEDPLAN** autorizado, desde logo, a efetuar a cobrança diretamente do **CONTRATANTE** dos eventuais custos gerados.

Cláusula 21ª - DA RESCISÃO

A rescisão ou denúncia do contrato dar-se-á em função de solicitação escrita prévia de 30 (trinta) dias por parte do **CONTRATANTE**, ou da **CONTRATADA**; sem ônus de multa rescisória.

Parágrafo único. Após o prazo acima referido fica o **CONTRATANTE** ciente que os **BENEFICIÁRIOS** não poderão mais usufruir qualquer atendimento médico ou hospitalar anteriormente previsto. Se os **BENEFICIÁRIOS** contrariarem o acima exposto todo e qualquer custo gerado por tal ato será de inteira e exclusiva responsabilidade do **CONTRATANTE**.

21.1. O presente contrato poderá, também, ser rescindido ou denunciado de pleno direito se o **CONTRATANTE**:

a) deixar de efetuar o pagamento da mensalidade por prazo superior a 60 (sessenta) dias da data do vencimento, sejam eles consecutivos ou não durante a vigência do presente contrato, desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

b) omitir ou prestar informações, ou tentar, para qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes durante a vigência deste contrato;

c) se, por motivos de inelegibilidade, ou perda dos direitos de titularidade ou dependência, o número dos mesmos se tornar inferior a 05 (cinco) beneficiários titulares.

21.2 - Decorrido o prazo de 60 dias, consecutivos ou não, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, o plano ficará de pleno direito cancelado, sem que caiba restituição das mensalidades já pagas.

21.3 – Se o **CONTRATANTE**, na data do pedido de cancelamento do contrato, efetuar o pagamento da mensalidade, garantirá 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**.

21.4 – O **CONTRATANTE** que na data de solicitação de cancelamento do contrato, não efetuar o pagamento da mensalidade, terá a cobertura contratual encerrada na mesma data.

Cláusula 22ª - DA DOCUMENTAÇÃO

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, certificado de contratação e recibos de pagamento.

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

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

22.2. 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.

Cláusula 23ª - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

23.1. O presente contrato obriga as partes **CONTRATANTES** por si, seus herdeiros e sucessores.

23.2. O **CONTRATANTE** elege o foro do seu domicílio para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

23.3. 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.

23.4. 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.