

ÍNDICE

Da Qualificação das Partes e Dados do Produto.....	03
Qualificação da Operadora.....	03
Qualificação do Contratante.....	03
Descrição do Produto.....	04
Atributos do Contrato.....	04
Tipos de Contratação e Condições de Admissão.....	05
Coberturas e Procedimentos Garantidos.....	06
Exclusões de Cobertura.....	13
Duração do Contrato.....	16
Períodos de Carência.....	16
Doenças e Lesões Preexistentes.....	17
Atendimentos de Urgência e Emergência.....	20
Da Remoção.....	21
Do Reembolso.....	22
Cartão de Identificação do Beneficiário.....	24
Autorizações Prévias.....	25
Da Junta Médica.....	26
Serviços Próprios e Rede Credenciada.....	27
Formação de Preços, Mensalidade e da Coparticipação.....	28
Reajuste.....	29
Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário.....	31
Rescisão/Suspensão do Contrato.....	31
Disposições Gerais.....	32
Das Consultas Médicas.....	34
Dos Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial.....	34
Das Internações Hospitalares.....	38
Definições.....	39
Eleição do Foro.....	42

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

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

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**Nome da Operadora:**

MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

CNPJ: 01.892.976/0001-89**Endereço:** RUA COELHO RODRIGUES, 1921**Bairro:** CENTRO**Cidade:** TERESINA**U.F.:** PI**CEP.:** 64.000-080**Telefone:** (86)3131-8888**Registro na ANS:** 33751-0**Classificação da operadora:** MEDICINA DE GRUPO**QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE****Nome :** _____**Filiação:** _____**CPF:** _____**RG:** _____ **Órgão Exp.:** _____**Data nasc.:** ____ / ____ / ____**End.:** _____**Bairro:** _____**Cidade:** _____ **UF:** _____**CEP.:** _____ **Telefone:** _____**E-mail:** _____

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Nome Comercial: CLASSIC PF SEM OBSTETRÍCIA COM COPARTICIPAÇÃO

Nº de Registro na ANS: 483.506/19-9

Tipo de Contratação: INDIVIDUAL OU FAMILIAR

Padrão de acomodação em internação: APARTAMENTO

Segmentação Assistencial: AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

Área geográfica de abrangência: Grupo de Municípios (Teresina-PI, Parnaíba-PI, Picos-PI e Floriano-PI)

Área de atuação: Teresina-PI

Fator Moderador: Sim – Coparticipação de 20% em Consultas, Exames e Terapias.

Serviços e coberturas adicionais: Coberturas restritas ao Rol de procedimentos editado pela ANS para segmentação ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia.

Cláusula 1ª - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar com coparticipação, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, prestados nos consultórios, hospitais e ambulatorios, dentro da rede própria ou credenciada pelo **MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o

Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Cláusula 2º - TIPOS DE CONTRATAÇÃO E CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

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

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

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

a) O cônjuge;

b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.

c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

d) Os tutelados e os menores sob guarda;

2.5. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, desde que cumpra prazos de carências de acordo com a Cláusula 6ª e que e que seja inscrito no prazo máximo de trinta dias do

nascimento ou da adoção.

Cláusula 3ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

1º O Atendimento deve ser assegurado independente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores contratada, credenciada ou referenciada da operadora do plano de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato;

3.1 - Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina-CFM;

3.2 - Cobertura de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, caso haja indicação clínica;

3.3 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar;

3.4 - Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à

época do evento, conforme indicação do médico assistente;

3.5 - Cobertura de Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

3.6 - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

3.7 - Cobertura das ações de planejamento familiar:

a) Atividades educacionais;

b) Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;

c) Atendimento clínico;

d) Sulfato de DEMIDROEPIANDROSTERONA-(SDHEA);

e) Implante de dispositivo intrauterino (dú) hormonal incluindo o dispositivo.

3.8 - Cobertura dos atendimentos às Emergências Psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para si próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

3.9 - Cobertura de internações hospitalares, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente;

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

3.11 - Cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites observados de abrangência geográfica da sua rede de atendimento, quando caracterizada pelo médico assistente a

falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

3.12 - Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle e evolução da doença e elucidação diagnóstica; fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de taxas e materiais utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.13 - Cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

3.14 - Cobertura de um acompanhante no caso de pacientes a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

3.15 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

c) radioterapia, incluindo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapias, e todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

d) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

e) hemoterapia ambulatorial e durante o período de internação hospitalar;

- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- g) quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação;
- h) embolizações, aquelas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- i) radiologia intervencionista;
- j) nutrição parenteral ou enteral durante o período de internação hospitalar;
- k) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- l) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- m) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

3.16 – Cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.17 - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

§ 1º O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente;

§ 2º Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

§ 3º Os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

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

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

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

§ 2º Os BENEFICIÁRIOS deste plano candidatos a transplantes, deverão estar obrigatoriamente inscritos na CNCDO (Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos) e sujeitarem-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgão(s) das mesmas;

3.19 - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama (prevista na Lei 10.223/2001), utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

3.20 - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.21 - Coberturas para o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho e doenças profissionais como lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);

3.22 - Coberturas de internações hospitalares em centros de terapia intensiva, ou similar, sendo vedada a limitação de prazo,

valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

3.23 - Todas e quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

3.24 - Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

3.25 - A cobertura de custos relativos à saúde mental corresponde ao estabelecido como obrigatório pelo Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento (disponível nas agências da **CONTRATADA** e no site da ANS, www.ans.gov.br). São as seguintes as hipóteses de cobertura na saúde mental:

a) **Atendimento às emergências** – assim consideradas as situações em que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

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

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

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

e) **Internação hospitalar em unidade clínica** para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessite de hospitalização, com custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato; § 1º Nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado, haverá coparticipação do beneficiário no custeio dos dias que excederem os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

§ 2º Considera-se que uma pessoa está em crise sempre que estiver em situação de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental concomitante;

§ 3º Nas situações de transtorno psiquiátrico quando em crise, a cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá ocorrer de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes, a critério do médico assistente.

Cláusula 4ª - EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

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

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

III.Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar;

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

V.Cirurgia para mudança de sexo;

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

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

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

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

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

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

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

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

XIV.Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;

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

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

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

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

XIX.Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social,

econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente – idoso ou não – em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário);

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

XXI. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

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

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

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

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

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

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

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

XXIX. Qualquer outro tipo de transplante, que não o de rim, córnea, transplantes autólogos e alogênicos de medula

óssea (conforme Diretrizes de Utilização elaboradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar);

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

- a) emprega medicamentos produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) é considerado experimental pelo CFM ou CFO;
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

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

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

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

XXXIV. Despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação oferecido pela OPERADORA.

Cláusula 5ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

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

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

Cláusula 6ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

estabelecido(s). Os prazos de carência definidos para os benefícios no plano contratado são os seguintes:

6.1 - 24 (vinte e quatro) horas: Atendimento de urgência/emergência em prontos-socorros, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

§ 1º Remoção para uma unidade do SUS, após os atendimentos de urgência e emergência ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou ocorridos durante o prazo de Cobertura Parcial Temporária para as Doenças e Lesões Preexistentes;

6.2 - 30 (trinta) dias: Consulta médica eletiva em consultório, clínica ou centro médico;

6.3 - 30 (trinta) dias: Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial básico, definidos na cláusula de Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial;

6.4 - 180 (cento e oitenta) dias: Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial especial, definidos na cláusula de Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial;

6.5 - 180 (cento e oitenta) dias: Internações em geral - Honorários médicos e custos hospitalares não relacionados a doenças e lesões preexistentes;

6.6 - 300 (trezentos) dias: Internações para partos a termo (aqueles ocorridos no período de 37 a 41 semanas de gestação) e honorários médicos e custos hospitalares;

Cláusula 7ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador

ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

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

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

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

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do

caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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

Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

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

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

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

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

Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

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

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

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

Cláusula 8ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

8.3. Estão incluídos nos atendimentos de urgência/emergência em prontos-socorros a consulta os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante esse atendimento; caso se torne necessária à internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá aos limites e normas estabelecidos nas Cláusulas que tratam das carências para internações e para cobertura das doenças e lesões preexistentes;

a) Fica assegurada a cobertura para os atendimentos de urgências decorrentes de acidente pessoal, em caráter integral, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;

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

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

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

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

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

Cláusula 9ª - DA REMOÇÃO

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

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir à necessidade de internação.

9.2. Da Remoção para o SUS:

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

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

A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a

continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Cláusula 10ª - DO REEMBOLSO

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

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

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

a) - Consulta: recibos ou nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), com a especificação de consulta, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. **Não será aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento;**

b) - Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

c) - Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ,

CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

d) - Honorários médicos durante a internação: recibos ou nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, **valores cobrados, valor de desconto, quando houver**, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;

e) - Internação: nota fiscal quitada e seu comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação;

f) - O reembolso para os custos hospitalares de internação observará a adequada justificativa médica no que diz respeito à permanência hospitalar e aos recursos terapêuticos utilizados;

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

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

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

do Ministério da Fazenda;

10.6 – O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 01(um) ano contado da data do atendimento;

§ 1º O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.

Cláusula 11ª - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela CONTRATADA para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

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

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

Cláusula 12ª - AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

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

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

1 - Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia - prazo máximo de atendimento 07(sete) dias úteis.

2 - Consulta nas demais especialidades- prazo máximo de atendimento de 14(quatorze) dias úteis.

- 3** - Consulta / sessão com fonoaudiólogo- prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
 - 4** - Consulta / sessão com nutricionista - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
 - 5** - Consulta / sessão com psicólogo - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
 - 6** - Consulta / sessão com terapeuta ocupacional - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
 - 7** - Consulta / sessão com fisioterapeuta - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
 - 8** - Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista - prazo máximo de atendimento de 07(sete) dias úteis.
 - 9** - Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial - prazo máximo de atendimento de 03(três) dias úteis.
 - 10** - Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
 - 11** - Procedimentos de alta complexidade (PAC) - prazo máximo de atendimento de 21(vinte e um) dias úteis.
 - 12** - Atendimento em regimento hospital-dia - prazo máximo de atendimento de 10(dez) dias úteis.
 - 13** - Atendimento em regime de internação eletiva - prazo máximo de atendimento de 21(vinte e um) dias úteis.
 - 14** - Urgência e emergência - prazo máximo de atendimento imediato.
 - 15** - Consulta de retorno - prazo máximo de atendimento a critério do profissional responsável pelo atendimento.
- § 1º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário;
- 12.1.2** - Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário

específico e disponibilizado pela CONTRATADA, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

Cláusula 13ª - DA JUNTA MÉDICA

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

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

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

Cláusula 14ª - SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

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

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

endereço www.medplan.com.br.

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

- A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a CONTRATADA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

Cláusula 15ª: FORMAÇÃO DE PREÇO, MENSALIDADE E DA COPARTICIPAÇÃO.

15.1. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido com coparticipação de 20% em consultas, exames e terapias.

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

Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de

cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

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

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

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

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

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

15.2. DA COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente, e serão devidamente preenchidos no momento da contratação:

- a)** Consultas no percentual de 20% (vinte por cento);
- b)** Exames Básicos de Apoio Diagnóstico no percentual de 20% (vinte por cento);
- c)** Exames Especiais de Apoio Diagnóstico, no percentual de 20% (vinte por cento);

f) Terapias (sessões de fisioterapias, fonoaudiologias, psicologia e terapia ocupacional): valores baseados na Tabela CBHPM 6ª edição porte pleno, no percentual 20% (vinte por cento);

Os custos dos procedimentos constante no item 15.2, serão cobrados em fatura detalhada acompanhados de relatório de utilização, a cobrança será feita na data da fatura seguinte a da realização dos procedimentos.

Cláusula 16ª - REAJUSTE

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

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

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

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

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

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

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

Sm = Meta de Sinistralidade expressa em contrato

16.2. Ocorrendo alterações na idade de qualquer dos beneficiários que importe deslocamento para outra faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado para o valor da nova faixa, no mês subsequente ao da ocorrência, observando as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

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

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

a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);

b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 12,06% (doze e zero seis décimos por cento);

c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 14,01% (quatorze e zero um décimo por cento);

d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 20,40% (vinte e quarenta décimos por cento);

e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 21,90% (vinte e um e noventa décimos por cento);

f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 24,80% (vinte quatro e oitenta décimos por cento);

g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 29,60 (vinte e nove e sessenta décimos por cento);

h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 32,50% (trinta e dois e cinquenta décimos por cento);

i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 34,10% (trinta e quatro e dez décimos por cento);

Cláusula 17ª- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

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

b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;

c) a pedido do beneficiário titular.

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

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

Cláusula 18ª - RESCISÃO/SUSPENSÃO DO CONTRATO

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

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

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

Cláusula 19ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

19.5. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

19.6. A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

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

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

19.9. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por

terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

19.9.1 - Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

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

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

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

Cláusula 20ª – DAS CONSULTAS MÉDICAS

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

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

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

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

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

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

21.1 - A cobertura de custeio de serviços de apoio diagnóstico, e de procedimentos terapêuticos ambulatoriais será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos limites e condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento;

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

21.3 - Para fins deste contrato, **são considerados exames básicos de apoio diagnóstico:**

1. Exames Básicos de Análises Clínicas: Ácido Úrico, Antibiograma, Bacterioscopia, Beta-HCG, Cálcio, Citologia Cérvico-Vaginal, Clearance de Creatinina, Colesterol, Creatinina, Culturas em Geral, Estradiol, Fator RH, Fosfatase Alcalina, Glicose, Grupo Sangíneo ABO e RH, Hemoglobina Glicolisada, Hemograma, Lipidograma, Mantoux, Parasitológico, Potássio, PPD, Rotina de Urina, Sódio, T4 Tiroxina, Tempo de Coagulação, Tempo de Protrombina, Tempo de Sangramento, TGO, TGP, TSH, Triglicerídios, VDRL - Sífilis, VHS;
2. Exames de Citopatologia e Anátomo-Patologia, excetuando-se os de imuno-histoquímica
3. Eletrocardiograma;
4. Exames Radiológicos simples;
5. Colposcopia e Colpocitologia;
6. Exames de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, exceto os referidos na Cláusula 21.4, itens 12 e 13;

21.4 - Para fins deste contrato, são considerados exames especiais de apoio diagnóstico:

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

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

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

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

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

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

braquiterapia;

18. Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;

19. Tratamento hiperbárico;

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

21. Consulta / sessão com fonoaudiólogo;

22. Consulta / sessão com nutricionista;

23. Consulta / sessão com psicólogo;

24. Consulta / sessão com terapeuta ocupacional;

25. Consulta / sessão com fisioterapeuta;

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

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

a) Prévia autorização da **CONTRATADA**;

b) Impossibilidade de locomoção do beneficiário;

c) Remoção realizada por serviços credenciados e através de ambulância terrestre;

Assim, por exemplo, não haverá cobertura pela **CONTRATADA** para remoção de paciente de sua residência ou trabalho para um hospital.

Cláusula 22ª – DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

A cobertura de custeio de internações para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e Problemas Relacionados com a Saúde, rege-se de acordo com as normas estabelecidas pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, **com acomodação em apartamento, nos limites e condições das cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento, e no que segue:**

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

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

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

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

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

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

Cláusula 23ª - DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-

financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

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

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

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

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

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

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

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

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

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

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

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

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

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

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

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

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

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

Cláusula 24ª - ELEIÇÃO DE FORO

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