

## ANEXO II

### CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL - HOSPITALAR – OBSTÉTRICO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL DE SAÚDE

#### I. CONTRATANTE E OPERADORA

Razão Social e Nome Fantasia:  
Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas:  
Endereço:  
Representante Legal:, CPF/MF:.

Razão Social e Nome Fantasia:  
Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas:  
Registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):  
Classificação na ANS:.  
Endereço: Representantes Legais:

#### II. TIPO DE CONTRATO

Nome comercial e número de registro na ANS:  
Tipo de contratação:  
Segmentação assistencial:  
Área geográfica de abrangência:  
Área de atuação:  
Padrão de acomodação em Internação:  
Formação do preço: contrato com preço preestabelecido, com valores fixados com base em cálculos atuariais, pelo método do Regime de Repartição Simples (RRS).

Coberturas e serviços adicionais: Assistência Médica em Transporte Aeromédico e Terrestre de Urgência.

#### III. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO

**Cláusula primeira:** O contrato, que se classifica como contrato de adesão e formação bilateral, nas condições nele previstas, cobre aqueles serviços de assistência médica e hospitalar, nos limites qualitativos e quantitativos que são previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde (RPES) editado pela ANS, vigente à época do evento, para atendimento às doenças previstas no Código Internacional de Doenças (CID-10), genericamente apontados neste contrato.

§ 1º Aplica-se a este contrato a Lei nº 9.656 de 1998, a Lei dos Planos de Saúde (LPS) e, subsidiariamente, no que nele e na mesma lei não estiver contido, o Código Civil (CC) e o Código de Defesa do Consumidor (CDC).

§ 2º Excetua-se da regra prevista no cabeçalho desta cláusula, o contrato adicional de Assistência Médica em Transporte Aeromédico e Terrestre de Urgência e de Benefício de Remissão, cujo conjunto de obrigações da **CONTRATADA** é o exclusivamente neles contidos, com exclusão de qualquer outra cobertura.

§ 3º Ficam fora deste contrato os atendimentos que não tiverem cobertura contratual, por exclusão, ou limitação de qualquer natureza, os quais poderão ser solicitados à **CONTRATADA**, e por ela fornecidos, mediante responsabilidade do **CONTRATANTE** ou seu beneficiário, a critério daquela, sendo pagos em cobrança separada, com o acréscimo das despesas administrativas da mesma.

#### **IV. ADMISSÃO e PERMANÊNCIA de BENEFICIÁRIOS**

**Cláusula segunda:** É **beneficiário titular** deste contrato o inscrito pelo **CONTRATANTE** nesta condição, e desde que vinculado a este último por relação empregatícia ou estatutária.

§ 1º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante.**

§ 2º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário titular** e, não existindo ou deixando de existir, determinar a sua exclusão, não implicando, a aceitação inicial, concordância com inclusão em desacordo com as condições de elegibilidade.

§ 3º O **beneficiário titular** deste contrato pode a qualquer tempo pedir a sua inclusão e/ou exclusão do plano.

**Cláusula terceira:** Podem ser beneficiários dependentes aqueles inscritos pelo **CONTRATANTE**, como dependentes econômicos de seus beneficiários titulares, desde que estes últimos sejam igualmente incluídos no contrato, enquadráveis num dos seguintes casos:

**I.** a(o) esposa(o) e a(o) companheira(o) da união estável, inclusive de mesmo sexo;

**II.** os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as), equiparando-se o(a) adotado(a), o(a) enteado(a), o(a) menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o(a) menor tutelado(a); e

**III.** os(as) filhos(as) estudantes, até 30 (trinta) anos.

§ 1º O **CONTRATANTE**, quando incluir beneficiários dependentes, deverá comprovar o vínculo de dependência do beneficiário titular.

§ 2º A **CONTRATADA** pode, a qualquer tempo, **exigir e comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário dependente** e, não existindo ou deixando de existir, determinar a sua exclusão, não implicando, a aceitação inicial, concordância com inclusão fora da previsão da cláusula.

§ 3º O recém-nascido terá direito às coberturas contratuais, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto e estará isento de carência, contanto que incluído no presente contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu nascimento, mediante manifestação expressa de vontade do **CONTRATANTE**, com o envio da certidão de nascimento.

§ 4º O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, poderá ser inscrito no plano, situação em que serão aproveitadas as carências já cumpridas pelo beneficiário adotante, ficando isento do cumprimento de carência caso a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

**Cláusula quarta:** Exceto pelas hipóteses de exclusão pela **CONTRATADA**, decorrente de inelegibilidade, somente o **CONTRATANTE** poderá solicitar a exclusão de beneficiários, o que pode ocorrer a qualquer tempo.

**Cláusula quinta:** As condições para a perda da qualidade de beneficiário são as seguintes:

**I.** exclusão do beneficiário titular;

**II.** morte do beneficiário titular ou dependente;

**III.** casamento de filho(a) ou enteado(a), menor de 18 (dezoito) anos;

**IV.** filho(a) ou enteado(a) ao completar 30 (trinta) anos;

V. extinção da relação de união estável ou de sociedade conjugal;

VI. quando exigido não conseguirem comprovar o vínculo de dependência econômica;

§ 1º A morte do beneficiário titular não acarretará a perda da condição de beneficiário dos dependentes, na hipótese dos artigos 30 e 31, da Lei Federal nº. 9.656/98, durante o tempo de duração do benefício de permanência, referido na citada legislação.

§ 2º O **CONTRATANTE** obriga-se a recolher os cartões de identificação expedidos pela **CONTRATADA**, na hipótese de exclusão dos beneficiários, ou em qualquer hipótese de rompimento do vínculo contratual, respondendo, até a entrega dos mesmos para a primeira, pelos custos desembolsados pela **CONTRATADA**, limitada esta responsabilidade ao prazo de validade que estiver registrado no contrato.

## V. ESPECIFICAÇÃO DAS COBERTURAS GARANTIDAS

### A. Doenças Cobertas

**Cláusula sexta:** Este contrato, nos seus termos e obedecidas as limitações nele previstas, prevê cobertura para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (RPES), periodicamente publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

### B. Cobertura Ambulatorial

**Cláusula sétima:** Os beneficiários terão direito aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, nos termos das cláusulas deste contrato, a serem prestados por pessoas físicas e jurídicas credenciadas ou referenciadas pela **CONTRATADA**, constantes no “Guia Médico e de Serviços”, sempre observadas as limitações, exclusões de cobertura e as carências previstas nas cláusulas deste contrato e no rol dele integrante.

**Cláusula oitava:** Os beneficiários do **CONTRATANTE** terão direito às seguintes coberturas:

**I. consultas médicas básicas e especializadas**, realizadas com médico assistente, em número ilimitado;

**II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais**, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, nas espécies e limites constantes do RPES, nem demande anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio, nem embolizações;

**III. medicamentos** registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, contemplados no RPES para a segmentação ambulatorial;

**IV. serviços de nutricionista** referenciado pela **CONTRATADA**, obedecidos casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

**V. consultas ou sessões, com fonoaudiólogo**, referenciado pela **CONTRATADA**, mediante tratamento indicado pelo médico assistente, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

**VI. consultas ou sessões com psicólogo ou terapeuta ocupacional**, referenciados pela **CONTRATADA**, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

**VII. psicoterapia**, que poderá ser realizada pelo médico assistente ou psicólogo referenciado pela **CONTRATADA**, obedecidos os casos, critérios, limites e números de sessões previstos no RPES;

**VIII. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no RPES**, realizáveis por médico assistente fisiatra ou por fisioterapeuta, referenciado pela **CONTRATADA**, em número ilimitado de sessões por ano.

**IX. ações de planejamento familiar**, conforme as previsões constantes do RPES, para segmentação ambulatorial;

**X. atendimentos de urgência e emergência**, conforme definidos na Lei nº 9.656/98;

**XI. remoção**, uma vez realizados atendimentos de urgência ou emergência pelo contrato, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade da atenção ao paciente ou a necessidade de sua internação;

**XII. hemodiálise e diálise peritoneal**;

**XIII. quimioterapia oncológica ambulatorial**, para administração de medicamentos no tratamento ambulatorial do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes que necessitem, conforme o médico assistente, intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde em estabelecimento de saúde; excluída a cobertura de quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

**XIV. medicamentos antineoplásicos orais**, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no RPES, respeitadas as características do medicamento genérico e fracionado.

**XV. procedimentos de radioterapia** previstos no RPES, para a segmentação ambulatorial;

**XVI. procedimentos de hemodinâmica** sem internação, nem apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas, nem os ministrados em unidade de terapia intensiva ou similares e que ainda estejam previstos no RPES, para a segmentação ambulatorial;

**XVII. hemoterapia ambulatorial**; e

**XVIII. cirurgias oftalmológicas** previstas no RPES, para a segmentação ambulatorial.

§ 1º Conta-se o ano do contrato, quando o mesmo é considerado unidade de tempo para efeitos dos limites previstos no RPES, como aquele que termina 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a assinatura do contrato e assim sucessivamente.

§ 2º Para fins da cobertura prevista nesta **cláusula**, nos **incisos XIII e XIV**, definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§ 3º Para fins da cobertura prevista **nesta cláusula**, no **inciso XIV**, definem-se:

**a) medicamento antineoplásico oral** como medicamento quimioterápico administrado pela via oral, com ação antiblástica, voltado ao tratamento do Câncer, cuja ação específica, em cada tipo desta patologia, depende de comprovação científica.

**b) medicamento genérico** como medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira, ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional, conforme definido em Lei e

**c) medicamento fracionado** como medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do Órgão ou Entidade pública competente.

§ 4º: Os medicamentos antineoplásicos orais, de que trata o **inciso XIV** desta **cláusula**, serão fornecidos diretamente pela **CONTRATADA**, ou por quem ela indicar, observadas, pelo beneficiário ou seu representante, quanto ao medicamento, estas obrigações:

**a)** uso pessoal e intransferível;

**b)** vedação de descarte em lixo convencional, devendo o excedente ser devolvido à **CONTRATADA** e

**c)** manutenção fora do alcance de terceiros que não o paciente e seus cuidadores.

### C. Cobertura Hospitalar

**Cláusula nona:** Os beneficiários contratuais terão direito à cobertura, mediante autorização (AIH), de todas as modalidades de internação hospitalar, em número ilimitado de dias, das despesas de honorários médicos e de outros profissionais de saúde, estes indicados pelo médico assistente, dos serviços gerais de enfermagem; da alimentação; do material utilizado e das taxas, respeitadas as seguintes regras:

**I. hospedagem** nas acomodações contratualmente previstas, e internação no Centro de Terapia Intensiva ou similar, garantido o direito às acomodações superiores, nos casos de inexistência daquela previamente indicada no contrato, nos estabelecimentos próprios ou credenciados da **CONTRATADA**;

**II. hospital-dia**, nos transtornos mentais, conforme Diretrizes de Utilização estabelecidas no RPES, excluídas quaisquer outras;

**III. transplantes** listados no RPES e procedimentos e a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**IV.** fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais, neste contrato, sendo nele tratados baixo a sigla OPME, que o beneficiário venha a necessitar durante o atendimento hospitalar, desde que diretamente ligados ao ato cirúrgico e fornecidos diretamente pela **CONTRATADA**, ou por quem ela indicar, observados os termos deste contrato;

**V. custeio** exclusivo das despesas de alimentação e acomodação de um único acompanhante, salvo que isto seja expressamente contra-indicado pelo profissional de saúde assistente, nos seguintes casos:

a) criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos;

b) idoso, a partir de 60 (sessenta) anos de idade;

c) pessoas portadoras de deficiência; e

d) parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas.

**VI. realização** de cirurgias bucomaxilo-faciais listadas na RPE, para segmentação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares 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;

**VII.** custeio da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos de ambulatório, mas que, diante de imperativo clínico apontado pelo médico assistente, necessitem de internação hospitalar, com a mesma cobertura prevista no **inciso VI desta cláusula, ressalvados, por estarem fora da cobertura, honorários do cirurgião-dentista e materiais odontológicos**;

**VIII.** exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de anestésicos; gases medicinais, medicamentos; sessões de quimioterapia; radioterapia e transfusões, conforme prescrição do médico assistente;

**IX.** procedimentos logo abaixo, nas alíneas deste inciso previstos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação:

a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) procedimento radioterápicos, nos casos previstos no RPES, excluídos quaisquer outros;

d) hemoterapia;

- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica tais como previstos no RPES, com exclusão dos demais casos nele não previstos;
- g) embolizações previstas no RPES, com exclusão dos demais casos nele não previstos;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física previstos no RPES, com exclusão dos demais casos nele não previstos.

**X.** cirurgia plástica reconstrutiva de mama, inclusive pelas técnicas necessárias ao tratamento de mutilação decorrente de tratamento de câncer;

**XI.** cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme RPES vigente à época do evento;

**XII.** assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

**XIII.** remoção comprovadamente necessária do paciente para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica.

**Parágrafo único.** Para esta **cláusula**, define-se cobertura de hospital-dia como o recurso apto a desenvolver programas e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir internação convencional, sem deixar de proporcionar a mesma amplitude ofertada neste.

#### **D. Disposições Gerais para Ambas as Segmentações**

**Cláusula 10:** Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos, possuem cobertura obrigatória, desde que regularizados, registrados e com indicações constantes da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou relação de outro tipo entre a **CONTRATADA** e seus prestadores de serviço de saúde.

**Cláusula 11:** Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando especificados no RPES.

**Parágrafo único.** Todas as escopias listadas no RPES têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

#### **E. Coberturas Especiais**

**Cláusula 12:** Os procedimentos abaixo relacionados terão cobertura especial se cumpridas as condições e limites expressamente previstos nas Diretrizes de Utilização do RPES, publicado pela ANS:

**I. Acilcarnitinas – Perfil Quantitativo e/ou Qualitativo;**

**II. Adequação do Meio Bucal;**

**III. Análise Molecular de DNA;**

**IV. Angiotomografia Coronariana;**

**V. Anticorpos Anti Peptídeo Cíclico Citrulinado - Igg (Anti CCP);**

**VI. Aplicação de Cariostático;**

**VII. Aplicação de Selante;**

**VIII. Audiometria Vocal com Mensagem Competitiva/Avaliação do Processamento Auditivo Central;**

**IX. Aidez de IGG para Toxoplasmose;**

- X. Biópsia de Boca;**
- XI. Biópsia de Glândula Salivar;**
- XII. Biópsia de Lábio;**
- XIII. Biópsia de Língua;**
- XIV. Biópsia de Mandíbula/Maxila;**
- XV. Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio X ou Ultrassonografia - US (Mamotomia);**
- XVI. Bloqueio com Toxina Botulínica Tipo A para Tratamento de Distonias Focais, Espasmo Hemifaciale Espasticidade;**
- XVII. BRAF;**
- XVIII. Cintilografia do Miocárdio, corresponde aos seguintes procedimentos: Cintilografia do Miocárdio Perfusion/Estresse Farmacológico, Cintilografia do Miocárdio Perfusion/Estresse Físico, e Cintilografia do Miocárdio Perfusion/Repouso;**
- XIX. Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica);**
- XX. Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);**
- XXI. Cirurgia Refrativa - PRK ou Lasik;**
- XXII. Citomegalovírus – Qualitativo por PCR;**
- XXIII. Colocação de Banda Gástrica por Videolaparoscopia ou por Via Laparotômica;**
- XXIV. Coloboma – Correção Cirúrgica;**
- XXV. Condicionamento em Odontologia;**
- XXVI. Cordotomia – Mielotomia por Radiofrequência;**
- XXVII. Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida (RMF);**
- XXVIII. Dermolipectomia;**
- XXIX. Dímero-D;**
- XXX. EGFR;**
- XXXI. Eletroforese de Proteínas de Alta Resolução;**
- XXXII. Embolização de Artéria Uterina;**
- XXXIII. Estimulação Elétrica Transcutânea;**
- XXXIV. Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila;**
- XXXV. Fator V Leiden, Análise de Mutação;**
- XXXVI. Galactose-1-Fosfato Uridiltransferase;**
- XXXVII. Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por Videolaparoscopia ou por Via Laparotômica;**
- XXXVIII. Hepatite B - Teste Quantitativo;**
- IXL. Hepatite C - Genotipagem;**
- XL. HER -2;**
- XLI. HIV, Genotipagem;**
- XLII. Hla B27, Fenotipagem;**
- XLIII. Implante Coclear;**
- XLIV. Implante de Anel Intraestromal;**
- XLV. Implante de Cárdio-Desfibrilador Implantável – CDI (Inclui Eletrodos e Gerador);**
- XLVI. Implante de Cardiodesfibrilador Multissítio – TRC-D (Gerador e Eletrodos);**
- XLVII. Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Medular;**
- XLVIII. Implante de Eletrodos e/ou Gerador para Estimulação Cerebral Profunda;**
- XLIX. Implante de Gerador para Neuroestimulação;**
- L. Implante de Marca-Passo Bicameral (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);**
- LI. Implante de Marca-Passo Monocameral (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);**

**LII. Implante de Marca-Passo Multissítio (Gerador + Eletrodos Atrial ou Ventricular);**  
**LIII. Implante de Monitor de Eventos (Looper Implantável);**  
**LIV. Implante Intra-Tecal de Bombas para Infusão de Fármacos (Inclui Medicamentos);**  
**LV. Implante Intravítreo de Polímero Farmacológico de Liberação Controlada;**  
**LVI. Imunofixação para Proteínas;**  
**LVII. Incontinência Urinária, Tratamento Cirúrgico Sling ou Esfíncter Artificial;**  
**LVIII. Inibidor dos Fatores da Hemostasia;**  
**LIX. K-RAS;**  
**LX. Laserterapia para o Tratamento da Mucosite Oral/Orofaringe;**  
**LXI. Mamografia Digital;**  
**LXII. Mapeamento Eletroanatômico Cardíaco Tridimensional;**  
**LXIII. Microcirurgia a Céu Aberto por Radiofrequência da Zona de Entrada da Raiz Dorsal (Drezotomia – Drez);**  
**LXIV. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial – Mapa (24 horas);**  
**LXV. N-RAS;**  
**LXVI. Oxigenoterapia Hiperbárica;**  
**LXVII. Pantofotocoagulação à Laser na Retinopatia da Prematuridade;**  
**LXVIII. Pesquisa de Microdeleções/Microduplicações por Fish (Fluorescence in Situ Hybridization);**  
**LXIX. Pet-Scan Oncológico;**  
**LXX. Protombina, Pesquisa de Mutação;**  
**LXXI. Prótese Auditiva Ancorada em Osso;**  
**LXXII. Radioablação/Termoablação do Câncer Primário Hepático;**  
**LXXIII. Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato;**  
**LXXIV. Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária – Inclui a Peça Protéica;**  
**LXXV. Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária – Inclui a Peça Protéica;**  
**LXXVI. Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido/Núcleo Pré-Fabricado – Inclui a Peça Protéica;**  
**LXXVII. Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária – Inclui a Peça Protéica;**  
**LXXVIII. Redução de Luxação da ATM;**  
**LXXIX. Rizotomia Percutânea com ou sem Radiofrequência;**  
**LXXX. Succinil Acetona;**  
**LXXXI. Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial;**  
**LXXXII. Terapia Antineoplásica Oral para Tratamento de Câncer;**  
**LXXXIII. Terapia Imunobiológica Endovenosa para Tratamento de Artrite Psoriásica, Doença de Crohn e Espondilite Anquilosante;**  
**LXXXIV. Terapia Imunobiológica Endovenosa ou Subcutânea para tratamento de Artrite Reumatóide;**  
**LXXXV. Termoterapia Transpupilar à Laser;**  
**LXXXVI. Teste Ergométrico (Inclui ECG Basal Convencional);**  
**LXXXVII. Teste de Inclinação Ortostática (Tilt Test);**  
**LXXXVIII. Tomografia de Coerência Óptica;**  
**LXXXIX. Transplante Alogênico de Medula Óssea**  
**XC. Transplante Autológico de Medula Óssea;**  
**XCI. Tratamento Cirúrgico da Epilepsia;**  
**XCII. Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais;**  
**XCIII. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial;**



**XCIV. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila;**

**XCV. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução;**

**XCVI. Tratamento da Hiperatividade Vesical: Injeção Intravesical de Toxina Botulínica;**

**XCVII. Tratamento Ocular Quimioterápico com Anti-Angiogênico;**

**XCVIII. Tratamento Restaurador Atraumático;**

**XCIX. Tunelização; e**

**C. Vitamina E, Pesquisa e/ou Dosagem.**

§ 1º O RPES é documento técnico elaborado pela ANS, que pode ser obtido da seguinte forma:

a) mediante solicitação do **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** que fornecerá um exemplar sem ônus extra para o primeiro; e

b) através da página institucional da ANS, na “*Internet*”.

§ 2º A **CONTRATADA** igualmente deixa, à disposição do **CONTRATANTE**, profissionais da saúde que poderão esclarecer-lhe sobre os critérios e limites constantes do RPES.

## **VI. EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**Cláusula 13: Estão expressamente excluídos de cobertura, sobre eles não assumindo a CONTRATADA qualquer responsabilidade, os seguintes fornecimentos:**

**I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, qual seja aquele que:**

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou regularizados no Brasil;

b) são expressamente considerados, como experimentais, pelo Conselho Federal de Medicina, ou pelo Conselho Federal de Odontologia; e

c) não conte com a indicação, para o tratamento, na bula, ou mesmo no manual registrado perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (internacionalmente conhecido como uso “*off-label*”), salvo na hipótese em que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido, e a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação do CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto nº. 8.077, de 14 de agosto de 2013.

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

**III. inseminação artificial, definida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas; transferência intrafalopiana de gameta; doação de oócitos; indução da ovulação; concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, ou outras técnicas similares;**

**IV. tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética, assim como em “*spas*”, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;**

**V. fornecimento de medicamentos e produtos importados (OPME) que não estejam nacionalizados, ou seja, produzidos fora do país e sem registro em vigor na ANVISA, bem como todo e qualquer tipo de medicamento, mesmo prescrito durante a internação**

hospitalar, contanto que sua efetividade ou eficácia haja sido reprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;

VI. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, assim entendidos aqueles que prescritos pelo médico assistente sem indicação de que sejam ministrados em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais, constantes do RPES;

VII. fornecimento de próteses, órteses e materiais de qualquer natureza não ligados ao ato cirúrgico;

VIII. tratamentos ilícitos (não reconhecidos pelas Autoridades) ou antiéticos (assim definidos pelas Entidades Médicas que cuidam da Ética profissional);

IX. atendimentos nas hipóteses de ocorrência de cataclismas, comoções internas e guerras, quando declaradas por Autoridade;

X. internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar ou atendimentos ambulatoriais para medicamentos que não tenham esta indicação prescrita pelo médico assistente;

XI. atendimento ou internação domiciliar (“*homecare*”);

XII. remoções que não estejam expressamente previstas neste contrato;

XIII. procedimento odontológico não previsto, excepcionalmente, neste contrato;

XIV. vacinas;

XV. procedimentos que não constam na REPS, na data do evento;

XVI. procedimentos que não atendam integralmente as Diretrizes de Utilização (DUT), as Diretrizes Clínicas (DC) e os Protocolos de Utilização (PROUT), previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

XVII. realização de exames médicos admissionais, (consultas) periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais; e

XVII. atendimentos, de qualquer natureza, nos hospitais, clínicas e laboratórios não integrantes da rede de prestadores da CONTRATADA, em especial Hospital de Alto Custo e Tabela Própria, Hospitais de Rede Especial e Rede Master.

## VII. DETALHAMENTO DAS COBERTURAS

### A. Condição Geral

**Cláusula 14:** O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independente do local de origem do evento.

### B. Carências

**Cláusula 15:** Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos, após o cumprimento dos seguintes prazos, nos quais serão devidas as mensalidades pelo CONTRATANTE e seus beneficiários, mas não haverá obrigatoriedade de prestação ou custeio dos serviços pela CONTRATADA:

**I. 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;**

**II. 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples;**

**III. 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais casos; e**

**IV. 300 (trezentos) dias para partos a termo.**

§ 1º Os prazos de carência estabelecidos neste contrato são independentes do prazo da cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses, decorrente de doença ou lesão preexistente ao contrato.

§ 2º Os prazos de carência estabelecidos neste contrato começam a contar, individualmente, para cada beneficiário, a partir da data de seu ingresso.

§ 3º Considera-se a data de ingresso do beneficiário no plano, a data do efetivo recebimento da carteira de beneficiário, que não poderá ultrapassar o prazo de trinta dias, a contar da solicitação de sua inscrição, pela **CONTRATANTE**.

§ 4º Será dispensado o cumprimento dos prazos de carências se o beneficiário formalizar o pedido de ingresso em até 120 (cento e vinte) dias da celebração deste contrato, ou em até 120 (cento e vinte) dias de sua vinculação à **CONTRATANTE**.

§ 5º Será igualmente dispensado o cumprimento dos prazos de carências os empregados recém transferidos entre as filiais ou empresas do mesmo grupo econômico ao qual pertence a **CONTRATANTE**, bem como os seus dependentes, desde que a inclusão no plano aconteça em até 120 (cento e vinte) dias da data da transferência.

### **C. Doenças e Lesões Preexistentes**

**Cláusula 16:** É dever prévio do beneficiário, em seu nome próprio e no dos beneficiários menores de idade ou incapazes pelos quais seja responsável, informar sobre doenças ou lesões à saúde preexistentes à assinatura do presente contrato, de que sejam portadores e tenham conhecimento, ou que simplesmente tenham conhecimento se beneficiários menores, ou incapazes, devendo a informação constar na “Declaração de Saúde” preenchida no momento da contratação, podendo o beneficiário, para fazê-lo, optar por:

**I.** dispensar a orientação de um médico;

**II.** contar com a orientação de um médico sócio da **CONTRATADA**, sem qualquer ônus, hipótese na qual concorda com eventual realização de exames ou perícias que este entenda necessário para elaborar a declaração; ou

**III.** contar com a assistência de um médico de sua indicação, assumindo as despesas decorrentes.

**Cláusula 17:** O **CONTRATANTE**, em seu nome e no de seus beneficiários, seja qual for a modalidade de escolha da declaração, não autoriza que a **CONTRATADA** investigue, junto aos médicos e estabelecimentos de saúde detentores de dados relevantes, as informações fornecidas, não podendo alegar, no futuro, violação ao sigilo decorrente de investigação que for realizada, com o fim exclusivo de constatar a veracidade da declaração.

**Cláusula 18:** Constatada, de qualquer forma, a doença ou lesão preexistente à proposta de contratação, a **CONTRATADA** oferecerá, obrigatoriamente, ao beneficiário, possibilidade de firmar o contrato com cobertura parcial temporária (CPT), qual seja a suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de ingresso do beneficiário, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), quais sejam leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes reconhecidas antes da contratação.

§ 1º Será dispensado o cumprimento do prazo de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo se o contrato contar com 30 (trinta) ou mais beneficiários e o beneficiário formalizar o pedido de ingresso em até 120 (cento e vinte) dias da celebração deste contrato, ou em até 120 (cento e vinte) dias de sua vinculação à **CONTRATANTE**.

§ 2º Será igualmente dispensado o cumprimento dos prazos de Cobertura Parcial Temporária (CPT) os empregados recém transferidos entre as filiais ou empresas do mesmo grupo econômico ao qual pertence a **CONTRATANTE**, bem como os seus dependentes, desde que a inclusão no plano aconteça em até 120 (cento e vinte) dias da data da transferência.

**Cláusula 19:** A **CONTRATADA**, caso constate fraude na declaração, após a assinatura do contrato, poderá, a seu critério, tomar uma das seguintes alternativas:

**I.** solicitar, perante a Entidade ou Órgão regulamentar, abertura de procedimento administrativo visando a rescisão do contrato;

**II.** oferecer ao **CONTRATANTE** a cobertura parcial temporária ou agravo, ou, ainda, abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na “Declaração de Saúde”; ou

**III.** oferecer ao **CONTRATANTE** a possibilidade de firmar um contrato adicional, denominado, na regulamentação administrativa da ANS, de agravo, cujo objeto é o fornecimento integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente, mediante um acréscimo à contraprestação já convencionada, sempre cumpridos os prazos contratuais de carência.

§ 1º A **CONTRATADA** não poderá, administrativamente, negar cobertura, suspender ou rescindir o presente contrato, até que se encerre o procedimento administrativo para apuração da fraude.

§ 2º A alegação de fraude, por omissão quanto à doença ou lesão preexistente, não será possível se a **CONTRATADA** vier a realizar exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão nesta qualidade.

#### **D. Situações de Emergência e Urgência**

**Cláusula 20:** **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** declaram-se cientes de que a legislação aplicável ao presente contrato, a Lei nº 9.656 de 1998, define:

**I.** atendimento de emergência como aquele verificado nos casos em que haja risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente; e

**II.** atendimento de urgência como aquele verificado nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional para o beneficiário, igualmente caracterizado em declaração do médico assistente.

§ 1º A **CONTRATADA** pagará a remoção de hospital para hospital, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato, já realizados os atendimentos classificados como emergência e urgência que sejam possíveis, uma vez caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade da atenção ao paciente.

§ 2º A procura de uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento é ônus da **CONTRATADA**.

§ 3º A constatação de risco de vida suficiente a impedir a remoção, ou a opção, pelo beneficiário ou **CONTRATANTE**, mediante assinatura de declaração, da continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, acarretarão ao último, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a **CONTRATADA**.

§ 4º O veículo terrestre apto a realizar a remoção deverá ser equipado com os recursos necessários a garantir a vida do beneficiário, sendo que a responsabilidade da **CONTRATADA** por este somente cessará quando efetuado o registro na unidade SUS.

**Cláusula 21:** O beneficiário tem direito a ser reembolsado pela **CONTRATADA**, nos atendimentos de emergência ou urgência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços tornados disponíveis pela **CONTRATADA**, obedecidas as disposições desta cláusula:

§ 1º Os reembolsos devem ser solicitados mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) solicitação do médico assistente, atestando a emergência ou urgência;

b) comprovante da realização do atendimento médico; e

c) nota fiscal de pagamento.

§ 2º O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§ 3º Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela **CONTRATADA**, da documentação completa.

§ 4º O valor a ser reembolsado será aquele pago pela **CONTRATADA** junto à rede assistencial disponível para este plano.

### **E. Requisitos de Cobertura**

**Cláusula 22:** O atendimento aos beneficiários regularmente inscritos ocorrerá com a exibição, por parte destes, nos locais de atendimento, dentro da rede estabelecida para esse contrato, de documento individual de identificação fornecido pela **CONTRATADA**, acompanhado de documento de identidade legalmente reconhecido.

**Cláusula 23:** Ao ser contratado o plano, o **CONTRATANTE** receberá, da **CONTRATADA**, o “Guia Médico e de Serviços” (GMS), contendo os integrantes da rede de prestadores do plano adquirido, dentre os quais caberá a escolha, por parte do beneficiário contratual, sendo que estes terão, a partir daí, acesso às atualizações do Guia.

**Cláusula 24:** Os exames complementares e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, dentre eles as internações hospitalares, obedecida a rede estabelecida para este contrato, conforme GMS, serão cobertos pela **CONTRATADA**, por solicitação do médico assistente, obedecidos os parágrafos desta cláusula.

§ 1º O beneficiário, nas internações eletivas, procurará, antes da baixa, a **CONTRATADA**, apresentando o pedido fundamentado de internação firmado pelo médico assistente, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito e a duração prevista para a internação.

§ 2º A **CONTRATADA**, estando regular o pedido, emitirá guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação formal, justificada, do médico assistente, a ser apresentada àquela pelo beneficiário ou quem o represente.

§ 3º O beneficiário ou seu representante, nos casos de emergência ou urgência, deverá comunicar, em até 2 (dois) dias úteis, a **CONTRATADA** do serviço utilizado.

**Cláusula 25:** A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particular e diretamente pelos beneficiários do **CONTRATANTE**, com prestadores de serviços, que não tenha sido por ela autorizada, correndo, tais despesas, por conta exclusiva dos beneficiários, que deverão, na dúvida, pedir esclarecimento sobre a extensão da cobertura para os representantes da primeira.

### **F. Acesso a Prestadores e Suprimentos na Omissão**

**Cláusula 26:** O atendimento aos beneficiários fica assim assegurado:

I. na área de atuação do contrato, pela rede de atendimento da **CONTRATADA** prevista no “Guia Médico e de Serviços” e, na sua falta,

II. dentro da área de atuação do contrato em serviço não integrante da rede de atendimento prevista no “Guia Médico e de Serviços”, com prévia e expressa autorização da **CONTRATADA**, efetivando esta o pagamento ao prestador e, não sendo possível,

III. dentro da área de atuação do contrato, pela rede de atendimento prevista no “Guia Médico e de Serviços”, em município limítrofe àquela em que o serviço foi demandado pelo beneficiário e, não sendo possível,

**IV.** por prestador contratado ou credenciado da **CONTRATADA**, em município pertencente à região de saúde do qual faz parte o município onde o serviço foi demandado pelo beneficiário ou, não sendo viável,

**V.** por prestador referenciado pela **CONTRATADA**, em qualquer localidade por esta previamente indicada; e

**VI.** excepcionalmente, desde que a **CONTRATADA**, comprovadamente, não tenha disponibilizado qualquer das hipóteses previstas nesta cláusula, o beneficiário poderá fazer uso de serviço que livremente escolher, com posterior reembolso, pela **CONTRATADA**, das despesas decorrentes.

§ 1º Na hipótese do **inciso V desta cláusula**, a **CONTRATADA** responderá pelo transporte do beneficiário, através de meio por ela previamente escolhido.

§ 2º Na hipótese do **inciso VI desta cláusula**, a **CONTRATADA** não reembolsará qualquer despesa de atendimento, caso o beneficiário não tenha, antes, passado pelas etapas anteriores.

§ 3º Na hipótese do **inciso VI desta cláusula**, será deduzido do reembolso pago ao beneficiário, o valor de coparticipação contratualmente previsto.

§ 4º A área de atuação e a região geográfica contratualmente previstas são aquelas indicadas no **título II**, deste instrumento.

### **G. Discordância sobre Prescrições**

**Cláusula 27:** A **CONTRATADA** fornece a cobertura que for adequada aos preceitos éticos e às regras da Medicina baseada em evidências, com a adoção, pelos profissionais assistentes, de condutas comprovadas e cientificamente reconhecidas, resguardando-se o direito de discordar das prescrições, obedecidos os parágrafos desta cláusula.

§ 1º O beneficiário titular obriga-se, por si e seus dependentes, a submeter-se a perícia e/ou exames de averiguação de prescrições de tratamentos ou de OPME, por parte de auditores médicos da **CONTRATADA** ou peritos.

§ 2º A **CONTRATADA**, caso discorde do profissional assistente, quanto à necessidade de realização do procedimento integrante, em tese, da cobertura obrigatória, encaminhará, por auditor identificado e por escrito, àquele, suas razões de discordância, requerendo manifestação por escrito.

§ 3º Na hipótese do profissional atendente manter sua posição, um terceiro especialista, escolhido de comum acordo entre o médico representante da Operadora e o primeiro e pago pela **CONTRATADA**, arbitrar a questão, por escrito.

§ 4º Tornando-se impossível aplicar o disposto no parágrafo **terceiro** desta cláusula, o árbitro será indicado pelo Conselho profissional ou médico especialista indicado por sociedade médica.

§ 5º O processo previsto nesta cláusula será célere e respeitará as características de emergência ou urgência, quando o atendimento assim for caracterizado.

**Cláusula 28:** O fornecimento de materiais especiais, órteses e próteses (OPME) pela **CONTRATADA** obedecerá ao disposto na regulamentação do Conselho Federal de Medicina e nos parágrafos desta cláusula.

§ 1º O profissional assistente determinará o tipo e as características do material, tais como as dimensões dos materiais e a sua matéria-prima, sem indicar, em hipótese alguma, fabricante ou marca comercial;

§ 2º Caso não concorde com a marca da OPME indicada pela **CONTRATADA**, o profissional assistente deverá justificar tecnicamente, por escrito, a sua inconformidade, e poderá indicar, no mínimo, três marcas de produtos disponíveis que atendam ao tipo e características determinadas, produzidas por fabricantes distintos e regularizadas perante a

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, sobre as quais recairá a escolha a ser feita pela **CONTRATADA**;

§ 3º Havendo necessidade técnica, o auditor da **CONTRATADA** examinará previamente o beneficiário, através de perícia médica, emitindo laudo sobre a situação clínica do paciente, a pertinência do procedimento a ser realizado, e o material adequado ao procedimento, se for o caso.

§ 4º Caso haja divergência técnica entre o profissional assistente e o auditor representante da **CONTRATADA**, a decisão será tomada, mediante determinação escrita, por um terceiro especialista, escolhido de comum acordo entre o médico representante da operadora e o primeiro e pago pela **CONTRATADA**.

§ 5º O profissional assistente poderá recusar no máximo três (3) profissionais indicados pela **CONTRATADA**, para composição da junta médica ou terceira opinião.

§ 6º Tornando-se impossível aplicar o disposto no parágrafo terceiro desta cláusula, o árbitro será indicado pelo Conselho profissional ou médico especialista indicado por sociedade médica.

§ 7º O processo previsto nesta cláusula será célere e respeitará as características de emergência ou urgência, quando o atendimento assim for caracterizado.

**Cláusula 29:** Na especialidade de Oncologia, a medicação para quimioterapia será fornecida diretamente pela **CONTRATADA**, ou por quem esta indicar, eximindo-se esta de qualquer custo que fuja do previsto nesta cláusula.

**Cláusula 30:** O **CONTRATANTE** obriga-se, por si e seus beneficiários, a submeter-se a exames de averiguação de prescrições de tratamentos ou indicações que envolvam o uso de OPME, por parte de auditores médicos da **CONTRATADA** ou peritos.

**Cláusula 31:** O **CONTRATANTE** autoriza, em seu nome e no de seus beneficiários, a utilização de seus dados em registros eletrônicos da **CONTRATADA**, contanto que esta, em relação a eles, guarde sigilo, jamais os fornecendo a terceiros, salvo hipóteses legalmente expressas.

## H. Dispensa de Prestadores

**Cláusula 32:** A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de rescindir o contrato com qualquer componente da sua rede assistencial credenciada, desde que indique a continuidade da cobertura equivalente, mediante comunicação ao **CONTRATANTE** com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo os casos de fraude ou infração das normas sanitárias e administrativas, quando arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus, para continuação da assistência.

**Parágrafo único.** A substituição do hospital por vontade da **CONTRATADA**, durante período de internação do beneficiário, obrigará aquele a manter e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até que, a critério do médico assistente, seja dada alta.

## VIII. MENSALIDADES E PREÇOS

### A. Regras Gerais

**Cláusula 33:** A contraprestação a ser paga pelo **CONTRATANTE**, ressalvado os casos expressamente previstos neste contrato, é constituída de:

**I.** mensalidades com preço preestabelecido, conforme cálculos atuariais baseados no Princípio do Mutualismo e pelo regime de repartição simples (RRS); e

**II.** custos específicos discriminados neste contrato.

**Parágrafo único.** Decorre da forma de constituição das mensalidades a impossibilidade de devolução de mensalidades, independente dos beneficiários terem efetivamente se valido da cobertura contratual.

## **B. Mensalidade**

**Cláusula 34:** Obriga-se a **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA**, mensalmente, o valor relativo à Mensalidade Média Ponderada (MMP) multiplicada pelo número de beneficiários incluídos no presente plano.

§ 1º A MMP calculada para o primeiro ano de vigência do contrato será de.

§ 2º A MMP, referida no caput, desta cláusula, será calculada, anualmente, considerando, como base, a soma dos valores previstos para cada faixa etária, multiplicado pelo número de beneficiário em cada uma inserida, sendo os valores fixados, para o primeiro ano do contrato, os seguintes:

**I.** de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade, preço inicial de;

**II.** a partir dos 19 (dezenove) e até 23 (vinte e três) anos de idade, preço inicial de;

**III.** a partir dos 24 (vinte e quatro) e até 28 (vinte e oito) anos de idade, preço inicial de;

**IV.** a partir de 29 (vinte e nove) e até 33 (trinta e três) anos de idade, preço inicial de

**V.** a partir de 34 (trinta e quatro) e até 38 (trinta e oito) anos de idade, preço inicial de;

**VI.** a partir de 39 (trinta e nove) e até 43 (quarenta e três) anos de idade, preço inicial de;

**VII.** a partir de 44 (quarenta e quatro) e até 48 (quarenta e oito) anos de idade, preço inicial de;

**VIII.** a partir de 49 (quarenta e nove) e até 53 (cinquenta e três) anos de idade, preço inicial de;

**IX.** a partir de 54 (cinquenta e quatro) e até 58 (cinquenta e oito) anos de idade, preço inicial de; e

**X.** aos 59 (cinquenta e nove) anos, preço inicial de.

§ 3º Os valores previstos nos incisos acima, assim como a MMP tratada no § 1º, representam os preços válidos apenas para o primeiro ano de vigência do contrato, sendo após reajustados, anualmente, conforme cláusulas abaixo.

§ 4º Aplicam-se à MMP todos os reajustes monetários incidentes no contrato.

## **C. Preço, Custos, Franquias e Coparticipações**

**Cláusula 35:** Obriga-se também o **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA** os seguintes custos:

**I. preço inicial**, representado pela primeira mensalidade, no valor fixado na cláusula acima, deste contrato, apresentado à **CONTRATANTE** previamente, juntamente com as

**II. coparticipação nos seguintes casos:**

a) consultas com coparticipação limitada a R\$

b) exames com coparticipação de

**III. multa**, no valor de 1/5 (um quinto) daquele pago pela **CONTRATADA** para o mesmo procedimento, quando, comprovadamente, o beneficiário não comparecer a uma consulta agendada e não a desmarcar com 12 (doze) horas de antecedência.

**IV. Taxa de emissão e de envio da segunda via de documento de identificação**, por beneficiário: valor de.

§ 1º As coparticipações, previstas no inciso II desta cláusula, serão pagas conforme a competência a que se referirem, juntamente com a mensalidade do período.



§ 2º O vencimento de cada fatura se dará no dia 10 (dez) do mês vigente, devendo a mesma ser encaminhada para endereço da **CONTRATANTE**: Rua

#### **D. Reajustes**

**Cláusula 36:** As obrigações da **CONTRATADA**, em decorrência dos serviços aqui previstos, dão ao presente contrato a natureza de um contrato de prestação de serviços futuros, sendo seus preços passíveis de reajuste, conforme oscilem os custos, a sinistralidade e os encargos tributários necessários à sua execução.

**Cláusula 37:** Os valores de contraprestação econômica mensal e de coparticipação previstos neste contrato, bem como a tabela de preços para novas adesões, serão reajustados anualmente, a cada 12 (doze) meses, através de livre negociação entre **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**, observada, para tanto, como base, a variação do IPCA/IBGE - subitem Saúde e Cuidados Pessoais, no período (ou, no caso de sua extinção, por outro índice equivalente que o substitua) e a variação, no mesmo prazo, dos custos de assistência médica e hospitalar, bem como do preço dos medicamentos, ou a própria demanda. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial, isto é, o nível de Sinistralidade Apurada (SA) do contrato ultrapassar Sinistralidade Esperada (SE) de 75%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e a receita das mensalidades do contrato, o cálculo do percentual de Reajuste Técnico (RT) será aplicada a seguinte fórmula:

I.  $RT = (SA / SE) - 1$ ; onde: a = RT – Reajuste Técnico; SA = Sinistralidade apurada no período; SE = Sinistralidade Esperada de 75%.

II. Caso haja necessidade de Reajuste Técnico (RT) este deverá ser procedido de forma complementar a correção monetária na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes, conforme formulação abaixo:

III.  $FR = [(1+RT) \times (1+IGPM)] - 1$ .

§ 1º Havendo reajuste por sinistralidade, este considerará a sinistralidade projetada da carteira, com base na proporção entre despesas assistenciais e receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

§ 2º A **CONTRATADA** comunicará o reajuste à ANS.

§ 3º Na hipótese de legislação que permita reajustes, em prazos menores que o aqui estipulado, o presente contrato ficará automaticamente adaptado ao prazo mínimo previsto em lei.

§ 4º Independente da data de ingresso do beneficiário no contrato, sua contraprestação terá reajuste integral na data de aniversário do contrato.

§ 5º Os percentuais de reajuste serão sempre uniformes, nele não sendo considerados os bônus, descontos ou agravamentos contratuais previstos na legislação de planos de saúde.

§ 6º Os valores relativos à fator moderador (coparticipação e/ou franquia), previstos neste contrato, poderão ser reajustados em percentuais diversos daquele aplicado para o reajuste dos valores de contraprestação econômica mensal.

§ 7º No caso deste contrato contar com menos de 30 (trinta) beneficiários, na data de contratação ou na data do aniversário anterior, as regras de reajuste serão aquelas determinadas pela ANS, sempre observado, conjuntamente, o reajuste do valor pago (correção monetária) e o equilíbrio da sinistralidade projetada.

#### **E. Recomposição de Faixa Etária**

**Cláusula 38:** As mensalidades contratuais, sem prejuízo do reajuste previsto neste contrato, terão seu valor inicialmente previsto recomposto por majoração, de acordo com a idade dos

beneficiários, no mês seguinte ao do seu aniversário individualmente considerado, para as seguintes faixas abaixo expostas junto com o percentual de recomposição:

**I.** de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade, sem valor de recomposição;

**II.** a partir dos 19 (dezenove) e até 23 (vinte e três) anos de idade, **5,00%** de acréscimo sobre o preço inicial, caso o beneficiário haja sido incluído com idade menor;

**III.** a partir dos 24 (vinte e quatro) e até 28 (vinte e oito) anos de idade, **9,53%** de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior;

**IV.** a partir de 29 (vinte e nove) e até 33 (trinta e três) anos de idade, **13,04%** de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior;

**V.** a partir de 34 (trinta e quatro) e até 38 (trinta e oito) anos de idade, **15,38%** de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior;

**VI.** a partir de 39 (trinta e nove) e até 43 (quarenta e três) anos de idade, **26,67%** de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior;

**VII.** a partir de 44 (quarenta e quatro) e até 48 (quarenta e oito) anos de idade, **28,95%** de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior;

**VIII.** a partir de 49 (quarenta e nove) e até 53 (cinquenta e três) anos de idade, **34,70%** de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior;

**IX.** a partir de 54 (cinquenta e quatro) e até 58 (cinquenta e oito) anos de idade **31,82%** de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior; e

**X.** aos 59 (cinquenta e nove) anos, **37,70%** de acréscimo sobre o valor recomposto imediatamente anterior.

**Parágrafo único.** Nos termos da **cláusula 34**, a MMP será calculada anualmente, pelo que a recomposição das mensalidades, em razão da alteração de faixa etária, prevista nesta cláusula, será considerada, apenas, uma vez por ano, quando do cálculo da MMP.

## **F. Inadimplemento**

**Cláusula 39:** A **CONTRATADA** poderá, face ao não pagamento de uma ou mais faturas mensais, emitir duplicatas de prestação de serviços, correspondente ao valor do débito corrigido pelo IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas), acrescido de juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, valendo este instrumento como comprovante de solicitação e efetiva prestação dos serviços representados pelo título, ficando expresso, na cobrança de mensalidades contratuais por duplicatas, que o serviço cobrado é a colocação, à disposição dos beneficiários, da cobertura dos serviços contratualmente referidos, ainda que não sejam estes demandados.

**Cláusula 40:** Os beneficiários do **CONTRATANTE** não terão direito aos serviços aqui pactuados, caso esteja o mesmo com as mensalidades há mais de 60 (sessenta) dias em atraso e tenha sido constituído em mora, por notificação extrajudicial prévia, àquele enviada pela **CONTRATADA**.

**Cláusula 41:** O atraso nos pagamentos, por período superior a 60 (sessenta) dias implicará no cadastramento da inadimplência do **CONTRATANTE** junto aos órgãos ou entidades de proteção ao crédito.

## **IX. DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS**

**Cláusula 42:** É assegurado, ao beneficiário que contribuir com o pagamento da contraprestação econômica mensal deste contrato, em decorrência de vínculo empregatício,

no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral de todos os custos contratuais.

§ 1º Não é considerada contribuição os valores pagos pelo beneficiário, relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquias, paga como fator de moderação, na utilização dos serviços contratados.

§ 2º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* desta cláusula será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no presente contrato, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 3º na hipótese prevista na Cláusula 42, *caput*, fica expressamente definido que a sinistralidade destes beneficiários inativos não será considerada para fins de reajuste e nem terá qualquer impacto para o presente contrato.

**Cláusula 43:** O beneficiário terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir da comunicação inequívoca da **CONTRATANTE** ao ex-empregado, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, para manifestar, de forma expressa e escrita, seu interesse no benefício de manutenção.

**Cláusula 44:** O benefício de manutenção é extensivo a todo o grupo familiar inscrito como beneficiário, na vigência do contrato de trabalho, cabendo ao ex-empregado optar pela manutenção individual e com parte ou a integralidade do seu grupo familiar.

§ 1º Durante o período de gozo do benefício, o ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos, na condição de beneficiários dependentes.

§ 2º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes, pelo período remanescente a que o *de cujos* tinha direito.

§ 3º **A CONTRATANTE obriga-se a comunicar as regras desta cláusula e das cláusulas 42 e 43, aos seus beneficiários.**

**Cláusula 45:** O direito assegurado neste contrato não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**Cláusula 46:** O benefício de manutenção deixará de existir nas seguintes hipóteses:

**I.** decurso dos prazos de manutenção;

**II.** admissão do beneficiário em novo emprego, que possibilite o seu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou

**III.** rescisão do presente contrato.

**Parágrafo único.** Na hipótese de rescisão do presente contrato, a **CONTRATADA** possibilitará ao ex-empregado, em gozo do benefício de manutenção, a contratação de um plano de assistência à saúde, na modalidade individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

**Cláusula 47:** Ao beneficiário aposentado que contribuir com o pagamento da contraprestação econômica mensal deste contrato, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (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 seu pagamento integral de todos os custos contratuais.

§ 1º Ao beneficiário aposentado que contribuir para o presente contrato, por período inferior ao estabelecido no *caput* desta cláusula, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

§ 2º Aplicam-se para o benefício de manutenção do aposentado, todas as condições estabelecidas para o benefício do demitido, previstas nas cláusulas acima.

§ 3º Na hipótese prevista na Cláusula 47, *caput*, fica expressamente definido que a sinistralidade destes beneficiários aposentados não será considerada para fins de reajuste e nem terá qualquer impacto para o presente contrato.

§ 4º A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar as regras desta cláusula aos seus beneficiários.

## X. DURAÇÃO E EXTINÇÃO DO CONTRATO

**Cláusula 48:** O contrato começa na data de sua assinatura e vigora pelo prazo determinado de 12 (doze) meses, findo o qual nos termos do art. 57, II, da Lei Federal nº 8.666/93, o presente contrato poderá ter sua vigência prorrogada por períodos iguais e sucessivos de 12 (doze) meses até completar o período máximo de 60 (sessenta) meses, quando então será extinto independente de supressões ou notificações, sendo, neste caso, reajustado, anualmente pela variação do IGP-M – Índice Geral de Preços de Mercado, divulgado pela FGV – Fundação Getúlio Vargas, apurada nos 12 (doze) meses anteriores ao reajuste, salvo manifestação em sentido contrário, por qualquer das partes, com antecedência mínima de sessenta (60) dias, através de meio que comprove o seu recebimento.

§ 1º Podem as partes arrepender-se da celebração do contrato, contanto que o façam por escrito, em 7 (sete) dias úteis a contar de sua celebração, desde que não tenha havido utilização dos serviços contratados.

§ 2º Com exceção das despesas relativas a contratação, o arrependimento de que trata o § 1º, desta cláusula, não terá ônus.

**Cláusula 49:** O contrato somente poderá ser livremente rescindido quando vigorar por prazo indeterminado, mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da hipótese de arrependimento e dos casos de rescisão motivada (resolução), nele previstos.

**Cláusula 50:** Rescinde-se motivadamente (resolução contratual) o contrato, sem a necessidade de pronunciamento judicial para isto:

**I.** por determinação do **CONTRATANTE**, quando houver sonegação dos serviços contratualmente previstos, pela **CONTRATADA**, desde que a última, notificada extrajudicialmente do fato, não se comprometa a prestá-los, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, indenizando eventuais e comprovados prejuízos; ou

**II.** por determinação da **CONTRATADA**, no caso de fraude devidamente comprovada, omissão dolosa de obrigações contratuais e inadimplemento de valores contratualmente devidos pelo **CONTRATANTE**, ou por seus beneficiários, desde que notificado do fato, não venha a atualizar, completamente, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, com os acréscimos legais e contratuais, as mensalidades devidas, ou cumprir com as obrigações contratualmente exigíveis.

**Parágrafo único.** Nas hipóteses previstas nesta cláusula, caberá à parte faltosa indenizar a parte que rescinde motivadamente o contrato, os prejuízos comprovados decorrentes do motivo da rescisão.

## XI. DISPOSIÇÕES GERAIS

**Cláusula 51:** O foro de discussão contratual é sempre o da comarca em que tiver sede o **CONTRATANTE**.

## **XII . ENCERRAMENTO**

Integram o contrato, ficando disponíveis ao **CONTRATANTE** de forma impressa (uma unidade) ou eletrônica, na escolha deste (salvo exceção expressa):  
**ANEXOS**

§ 1º A O **CONTRATANTE** reconhece ter recebido, em via física, os documentos acima assinalados como impresso;

§ 2º A O **CONTRATANTE** reconhece ter sido orientado a ter acesso, junto ao Portal eletrônico na internet da **CONTRATADA**, os seguintes documentos: guia médico e rol de procedimentos vigente.

§ 3º A tabela de reembolso, referida no **inciso VI**, acima, será a tabela vigente da CBPHM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).

Havendo alteração dos elementos contratuais, será obrigação da **CONTRATADA** enviar, ao **CONTRATANTE**, um exemplar de cada componente renovado, sendo que o **CONTRATANTE** ou qualquer beneficiário poderá obter cópia adicional do presente contrato e de seus elementos integrantes, junto à **CONTRATADA**, contanto que pague as despesas de reprodução.

Assinam o presente em 2 (duas) vias, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentais, ficando 1 (uma) para cada parte.

Ano e data

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_