



Minuta Contratual

LIFE CNP PF CP APTO

**CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO
AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA (04.2023.001)**

ÍNDICE

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES	3
CAPÍTULO II – CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	9
1. DO OBJETO	9
2. DA NATUREZA CONTRATUAL	9
3. CARACTERÍSTICAS DO PLANO CONTRATADO	9
4. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO	10
5. DAS COBERTURA	11
6. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA	18
7. GARANTIA DE ATENDIMENTO	24
8. REMOÇÕES INTER-HOSPITALARES TERRESTRES	26
9. GARANTIA DE TRANSPORTE	27
10. EXCLUSÕES DE COBERTURA	28
11. DURAÇÃO DO CONTRATO	30
12. CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	30
13. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	32
14. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA	38
15. REAJUSTE ANUAL DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL	39
16. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA	39
17. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	40
18. RESCISÃO	41
19. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	41
20. DISPOSIÇÕES GERAIS	43
21. FORO	46

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES

1. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Área em que a **CONTRATADA** se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo Beneficiário. Essa área poderá ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

2. ACIDENTE PESSOAL

É o evento com ocorrência e data perfeitamente caracterizados, 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 necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial.

3. ACOMODAÇÃO COLETIVA

É o tipo de acomodação hospitalar em quartos não privativos com 2 (dois) leitos ou mais.

4. ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

É o tipo de acomodação hospitalar em apartamento (constando de quarto e banheiro privativo, com direito a acompanhante).

5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

É o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde, criado através da Lei nº 9.961 de 29/01/2000.

6. AGRAVO

É o acréscimo no valor da contraprestação mensal do plano privado de assistência à saúde, para que o **Beneficiário** tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO

É a especificação nominal, nos termos do contrato, de Estados e/ou Municípios que compõem as áreas de abrangência geográfica Estadual, grupo de Estados, grupo de Municípios ou Municipal.

8. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

É o atendimento que se limita aos serviços realizados em consultórios ou ambulatórios, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, uso de Unidades ou Centro de Terapia Intensiva – UTI, Semi-Intensiva, Unidade Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia de **Beneficiários** Queimados e Terapia Respiratória.

9. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTO DE SAÚDE

Consiste em avaliação da solicitação médica pela **CONTRATADA** antes da realização de determinados procedimentos de saúde, formalmente fornecida por ela, mediante solicitação do profissional assistente.

10. BENEFICIÁRIO

É a pessoa física contratante, intitulado Beneficiário Titular ou **CONTRATANTE**, que terá direito às coberturas e serviços contratados conforme condições de admissão previstas no presente Contrato.

11. CARÊNCIA

É o período a ser cumprido pelo **Beneficiário** para que o mesmo venha a ter direito às coberturas previstas no Contrato de assistência à saúde.

12. CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

É um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que visa orientar o Beneficiário sobre o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, se exigível, no momento da sua inclusão no Contrato.

13. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

É a carteira digital, individual e personalizada, disponibilizada pela **CONTRATADA** através do portal (www.gndisul.com.br), para cada **Beneficiário** incluído no Contrato.

14. COBERTURA

É a garantia de atendimento ao **Beneficiário** dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar, conforme estabelecido neste Contrato, respeitadas as limitações do plano contratado.

15. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT

É a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, relacionada à Doença ou Lesão Preexistente declarada pelo **Beneficiário** ou seu representante legal, na Declaração Pessoal de Saúde – DPS.

16. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

É a importância mensal devida e paga à **CONTRATADA**, em moeda corrente nacional, para assegurar o direito às coberturas previstas neste Contrato.

17. CONTRATADA

É a pessoa jurídica de direito privado devidamente qualificada no presente Contrato e registrada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, legalmente autorizada a operar como Medicina de Grupo e oferecer/comercializar Planos Privados de Assistência à Saúde.

18. CORPO CLÍNICO

É o conjunto de médicos que fazem parte da Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**.

19. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

É o formulário que o Proponente preenche/registra as informações sobre as suas doenças e lesões, bem como a de seus dependentes, se houver, sobre as quais tenha conhecimento no momento da inclusão no plano e por elas se responsabiliza sob as penas previstas na lei.

20. DESPESA ASSISTENCIAL

É a despesa coberta, efetuada com o atendimento médico e/ou hospitalar realizada pelo **Beneficiário** e prevista neste Contrato.

21. DOENÇA

É qualquer perturbação das condições físicas ou mentais do **Beneficiário**, caracterizada como estado mórbido, que requeira tratamento médico e não se enquadre na definição de Acidente Pessoal.

22. DOENÇA CONGÊNITA

É a doença com a qual a pessoa nasce hereditária ou adquirida durante a vida intrauterina, e com manifestação a qualquer tempo.

23. DOENÇA CRÔNICA

É a doença que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa incapacidade residual e é causada por alteração patológica não reversível.

24. DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)

É aquela que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, à época da inclusão no plano privado de assistência à saúde.

25. EMERGÊNCIA

São os casos que implicam no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o **Beneficiário**, caracterizados em declaração do médico assistente.

26. ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS E DEMAIS ESPECIALIDADES

São consideradas especialidades médicas básicas: Clínica Geral, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia/Obstetrícia. Todas as outras especialidades, devidamente regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM são consideradas Demais Especialidades.

27. EXCLUSÕES

São os procedimentos, serviços e eventos não cobertos pelo Contrato.

28. EVENTO

É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar, verificado após a inclusão do **Beneficiário** no plano, que tenha por origem ou causa, dano involuntário à saúde do **Beneficiário**, em decorrência de acidente pessoal ou doença, bem como suas consequências. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência do dano e termina com a alta médica concedida ao **Beneficiário**.

29. GARANTIA DE TRANSPORTE

É a obrigação condicionada à notificação prévia por parte do Beneficiário à **CONTRATADA**, nos termos do contrato, consistente na garantia de transporte do mesmo, nas exatas condições e situações previstas na legislação e regulamentação vigente à época do evento, até o local da realização do serviço ou procedimento e o retorno ao local de origem. A escolha do meio de transporte ficará a critério da **CONTRATADA** e será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do Beneficiário.

30. GUIA DE LEITURA CONTRATUAL – GLC

É o instrumento destinado a informar ao **Beneficiário** os principais aspectos do plano de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do Contrato, por meio da indicação das referências dos seus tópicos mais relevantes.

31. HOSPITAL-DIA

É o regime intermediário entre a internação e o ambulatório com atenção e cuidados

intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, proporcionando ao **Beneficiário** a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, caracterizado pela permanência do **Beneficiário** em unidade hospitalar, por período não superior a 12 (doze) horas, independentemente do tipo de acomodação prevista no plano contratado pelo mesmo.

32. INDISPONIBILIDADE

É a impossibilidade de atendimento pelo prestador de assistência à saúde nos prazos previstos na legislação e regulamentação vigentes à época do evento, no município de demanda, respeitada a área de atuação do plano de saúde e de abrangência geográfica do plano contratado.

33. INEXISTÊNCIA

É a inexistência de prestador de assistência à saúde seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município da demanda, respeitada a área de atuação do plano de saúde e de abrangência geográfica do plano contratado pelo **Beneficiário**.

34. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

É o período de atendimento prestado ao Beneficiário, por solicitação do médico assistente, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos e que se limita aos serviços exclusivamente prestados em hospitais.

35. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA

É a internação hospitalar cujo principal evento é de ordem cirúrgico.

34. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CLÍNICA

É a internação hospitalar cujo principal evento é de ordem clínica.

35. INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA

É a internação hospitalar, cirúrgica ou clínica, que, não sendo de urgência ou de emergência, poderá ser programada com antecedência pelo médico assistente.

36. LIMITES FINANCEIROS DE REEMBOLSO

São os valores máximos de responsabilidade da **CONTRATADA** no pagamento de reembolso de despesas cobertas pelo plano contratado, efetuadas pelo **Beneficiário**.

37. MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE – MPS

É o instrumento destinado a informar aos Beneficiários os principais aspectos a serem observados no momento da contratação do plano de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do Contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

38. MUNICÍPIO DE DEMANDA

É o local da federação onde o **Beneficiário** se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento.

39. PLANO CONTRATADO

É o plano registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com determinado conjunto de características refletidas neste Contrato, e de opção do Contratante de acordo com a Proposta de Contratação, cuja finalidade é garantir assistência médica aos Beneficiários incluídos, mediante o pagamento da contraprestação pecuniária mensal.

40. PROCEDIMENTOS

São todos os atos médicos, paramédicos ou sociais que têm por finalidade a manutenção, recuperação ou promoção do bem-estar biológico, psicológico ou social do **Beneficiário**, que podem ser praticados em ambiente hospitalar ou não, dentre os quais, tratamentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos, consultas, exames complementares, tratamentos externos e atendimentos em pronto-socorro ou outras unidades de saúde e remoção em ambulância.

41. PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

São os relacionados como tal no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes a doenças ou lesões preexistentes, poderão ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

42. PROCEDIMENTOS ELETIVOS

São aqueles que podem ser programados com antecedência, não se caracterizando como Urgência ou Emergência.

43. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Documento formal, parte integrante deste Contrato, preenchido e assinado pelo Beneficiário ou seu Representante Legal, no qual expressa a intenção de contratar o Plano Privado de Assistência à Saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos.

44. REDE CREDENCIADA

É a rede de serviços médico-hospitalares terceirizada que presta atendimento de acordo com o plano contratado.

45. REDE PRÓPRIA

É a rede de serviços médico-hospitalares onde as unidades pertencem à **CONTRATADA** ou a entidades ou empresas coligadas ou controladas pela **CONTRATADA** que prestam atendimentos de acordo com o plano contratado.

46. REDE DA CONTRATADA

É aquela composta pelas Redes Própria e Credenciada.

47. REEMBOLSO

É a importância a ser ressarcida pela **CONTRATADA** com a finalidade de restituir, integral ou parcialmente, as despesas cobertas pelo plano contratado e pagas diretamente pelo **Beneficiário** na utilização de prestadores de serviços não credenciados pela **CONTRATADA**.

48. REGIÃO DE SAÚDE

É o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, segundo critérios definidos pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

49. TABELA DE REEMBOLSO DA CONTRATADA

É a tabela que indica para cada procedimento médico-hospitalar, a quantidade de Unidade de Serviço – US, a qual serve de base para o cálculo do reembolso das despesas cobertas

conforme o plano contratado.

50. URGÊNCIA

São casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, caracterizado em declaração de médico assistente.

CAPÍTULO II – CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Por este instrumento de Contrato Principal, de um lado a **CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, com sede na Rua XV de Novembro, nº 575 - 4º andar - Centro, na cidade de Curitiba, estado do Paraná, inscrita no CNPJ sob o nº 76.882.612/0001-17 e registrada na ANS sob o nº 34078-2, classificada como medicina de grupo, neste ato, representada por seus Diretores, aqui denominada **CONTRATADA** e, de outro lado, o Proponente inscrito no Contrato, devidamente qualificado na **Proposta de Contratação**, aqui denominado **Beneficiário** e/ou **CONTRATANTE**, têm entre si, justo e convencionado, o que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

1. DO OBJETO

1.1. É compromisso da **CONTRATADA** garantir a prestação continuada de serviços médicos e hospitalares de assistência à saúde aos Beneficiários devidamente inscritos no presente Contrato, conforme previsto no inciso I, do Artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica Hospitalar, com as coberturas constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, para as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

2. DA NATUREZA CONTRATUAL

2.1. Trata-se de um Contrato bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, com nos termos dos artigos 423 e 424 do Código Civil, estando também sujeito às disposições do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor – CDC), cujas cláusulas observam as regras da referida legislação e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tendo sido estabelecidas unilateralmente pela **CONTRATADA**, bem como a manifestação de vontade da **CONTRATANTE** se manifestará na assinatura da Proposta de Contratação.

2.2. Integram o presente Contrato, para os devidos fins, este documento, bem como todos os documentos complementares, como a Tabela de Reembolso, Ficha de Inscrição Cadastral, Declarações Pessoais de Saúde de todos os Beneficiários (quando exigível) e a Tabela de Reembolso, que se encontra disponível para consulta no portal da **CONTRATADA**

2.3. Exclusivamente nas hipóteses previstas na legislação e regulamentação vigente poderá o proponente, desde que não tenha se utilizado dos serviços ora contratados, manifestar sua intenção de desistência em até 7 (sete) dias contados a partir da vigência inicial do presente Contrato.

2.3.1. Na hipótese de desistência prevista no item imediatamente anterior, a **CONTRATADA** obriga-se a devolver os valores efetivamente pagos pelo Proponente sem quaisquer ônus, ressalvada a possibilidade de desconto dos valores relativos ao custeio de eventos/procedimentos realizados pelo(s) beneficiário(s), limitado ao valor da multa rescisória prevista no presente Contrato.

3. CARACTERÍSTICAS DO PLANO CONTRATADO

3.1. Nome: **LIFE CNP PF CP APTO**

3.2. Número de registro: 486.333/20-0

3.3. TIPO DE CONTRATAÇÃO: Trata-se de plano na no tipo de contratação Individual/Familiar, firmado pela **CONTRATADA** com a pessoa física indicada na Proposta de Contratação e extensível exclusivamente aos dependentes descritos na cláusula 4. **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.**

3.4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: plano de assistência médica na segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

3.5. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Grupo de Municípios, compreendendo os seguintes municípios: Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais, São José dos Pinhais, Balneário Camboriú, Barra Velha, Blumenau, Bombinhas, Brusque, Gaspar, Ilhota, Indaial, Itajaí, Itapema, Jaraguá do Sul, Joinville, Navegantes, Penha, Balneário Piçarras, Pomerode, Porto Belo, São João do Itaperiú e Timbó.

3.6. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO HOSPITALAR

3.6.1. Acomodação Individual: apartamento com quarto e banheiro privativos e com direito a um acompanhante.

4. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

4.1. Poderá ser admitido como beneficiário titular a pessoa física individualmente informada na Proposta de Contratação.

4.1.1. Além do titular do plano, serão admitidos beneficiários dependentes abaixo descritos e sempre considerando o vínculo com o beneficiário titular:

- a) O(a) cônjuge/companheiro(a) do Beneficiário Titular, na forma estabelecida pelo Código Civil;
- b) Os filhos naturais e/ou adotivos e enteados, todos com até 18 (dezoito) anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- c) Os tutelados, curatelados e os menores sob guarda, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

4.1.2. Fica assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo, do Beneficiário Titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e alegação de Doença ou Lesão Preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

4.1.3. Se o Beneficiário Titular estiver cumprindo carência para cobertura obstétrica, após o cumprimento do prazo para internação, não caberá qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente, para inclusão do recém-nascido natural, adotivo, sob guarda ou tutela, sendo-lhes garantida à assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano, assim como estará garantida a sua inscrição sem a necessidade de cumprimento de carência ou de Cobertura Parcial Temporária. Caso o nascimento ocorra quando o Beneficiário Titular ainda se encontrar sob carência para internação, o direito do recém-nascido observará o prazo restante para o cumprimento da carência do Beneficiário Titular.

4.1.4. O menor de 12 (doze) anos de idade adotado, sob guarda ou sob tutela, se inscrito até 30 (trinta) dias após a concessão da adoção, guarda ou tutela, aproveitará os períodos de carência, se aplicáveis, já cumpridos pelo Beneficiário titular adotante ou

responsável legal.

4.2. Comprovação de Elegibilidade

4.2.1. A **CONTRATADA** exigirá do Proponente, no momento da inclusão, documentação comprobatória, conforme a seguir:

- a) Beneficiário com idade superior a 18 (dezoito) anos: cópia da documento de identidade oficial com foto e cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- b) Beneficiário com idade inferior a 18 (dezoito) anos: somente poderão ser Beneficiários do presente contrato quando tiverem um responsável maior de idade, como Responsável Financeiro;
- c) Documento comprobatório de todas as informações exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme legislação vigente.

4.2.2. Além dos documentos acima descritos, para inclusão dos beneficiários dependentes será exigida apresentação de documentação conforme vínculo:

- a) Cônjuge: Certidão de Casamento;
- b) Companheiro(a): i) Escritura Pública de Declaração de União Estável emitida por Cartório de Títulos e Documentos, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência; ou ii) Declaração Padrão fornecida pela CONTRATADA, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas; ou iii) Certidão de Nascimento de Filho em comum; ou iv) Designação em Carteira Profissional.
- c) Filho(a): Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção;
- d) Tutelado(a) e menor sob guarda: Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de Tutela ou Guarda;
- e) Enteado(a): Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do casamento ou com os documentos obrigatórios para comprovação do vínculo de companheiro(a) elencados neste Contrato.

4.2.3. O Beneficiário ou seu Representante Legal ou Financeiro assumirá a responsabilidade pelas informações prestadas, incluindo as exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.2.4. Nas hipóteses de incapacidade civil, para contratação será exigida a representação legal por uma pessoa física maior de idade ou emancipada, que assumirá reponsabilidade pelas informações prestadas e pelas obrigações financeiras decorrentes do presente contrato.

5. DAS COBERTURA

5.1. Ao Beneficiário, inscrito no Contrato, fica garantida a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o qual será taxativo e deverá ser observado na sua íntegra como se um anexo do presente Contrato, para tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde – OMS, e para todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, atendendo o município onde o Beneficiário demandar, respeitando a área geográfica de abrangência e área de atuação

do plano contratado. O referido Rol de Procedimentos está disponível no portal da ANS, no endereço: www.ans.gov.br.

5.1.1. Todos os procedimentos (consultas, internações, serviços auxiliares de diagnose e terapia) inclusive nos casos de urgência e emergência cobertos por este Contrato serão prestados exclusivamente na Rede Própria e Credenciada da **CONTRATADA** ou através de reembolso quando previsto pelos planos contratados, observada as respectivas Condições Específicas do plano contratado.

5.1.1.1. Incluem-se na assistência integral prevista neste item, mas não se limitando, a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo de transtornos globais do desenvolvimento, compreendendo ainda métodos e técnicas de transtorno do espectro autista.

5.1.2. Cobertura dos atendimentos, nos casos de planejamento familiar, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

5.1.3. A **CONTRATADA** garantirá a participação de um profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento, no caso de indicação clínica;

5.1.4. O atendimento será assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços próprios e credenciados do plano contratado e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

5.1.5. Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

5.1.5.1. Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

5.1.6. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

5.1.7. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de acordo com a segmentação contratada.

5.1.8. Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde têm igualmente as seguradas a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

5.2. Cobertura ambulatorial

5.2.1. Consultas médicas: cobertura de consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado, em todas as especialidades constantes do Rol de

Procedimentos, inclusive nos casos de urgência e emergência, e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM conforme disposto na legislação e regulamentação vigentes.

5.2.1.1. Nos casos dos portadores de transtornos mentais, a **CONTRATADA** priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

5.2.2. Cobertura de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

5.2.2.1. Cobertura dos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, e desde que não se caracterize como internação.

5.2.2.2. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por ano que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

5.2.2.3. 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 vigentes à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

5.2.2.4. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões e Diretrizes de Utilização estabelecidos no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme critérios definidos na legislação vigente.

5.2.2.5. Os serviços de Diagnose e Terapia denominados Exames/Terapias Simples e Especiais, terão a guia de autorização emitida no portal da **CONTRATADA** (www.gndisul.com.br).

5.2.2.6. Cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme as Diretrizes de Utilização Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento.

5.2.3. Cirurgias Ambulatoriais: as cirurgias ambulatoriais de menor complexidade, passíveis de serem realizadas com anestesia local, bloqueio ou sedação, incluindo cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

5.3. Internações hospitalares

5.3.1. Cobertura de internações hospitalares cirúrgicas e/ou obstétricas em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade (art. 12, “a” da Lei 9656/98).

5.3.2. Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva, ou similar, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico

assistente.

5.3.3. Despesas hospitalares

5.3.3.1. Estão cobertas as seguintes despesas hospitalares:

- 5.3.3.1.1. Diárias;
- 5.3.3.1.2. Diárias de UTI ou similar, a critério do médico assistente;
- 5.3.3.1.3. Serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 5.3.3.1.4. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- 5.3.3.1.5. Fornecimento de medicamentos (exceto os não nacionalizados), anestésicos e gases medicinais;
- 5.3.3.1.6. Transfusões;
- 5.3.3.1.7. Toda e qualquer taxa hospitalar, incluindo materiais utilizados, exceto os não nacionalizados;
- 5.3.3.1.8. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência hospitalar;
- 5.3.3.1.9. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 5.3.3.1.10. Quimioterapia oncológica, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar nos termos da cláusula 5.2.2.6;
- 5.3.3.1.11. Radioterapia incluindo radio moldagem, radio implante e braquiterapia;
- 5.3.3.1.12. Hemoterapia;
- 5.3.3.1.13. Nutrição parenteral ou enteral;
- 5.3.3.1.14. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 5.3.3.1.15. Embolizações e radiologia intervencionista;
- 5.3.3.1.16. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 5.3.3.1.17. Procedimentos de Fisioterapia listados nos anexos no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS;
- 5.3.3.1.18. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- 5.3.3.1.19. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos Beneficiários submetidos a transplante de rim, córnea e medula óssea autólogo ou alogênico exceto medicação de manutenção;
- 5.3.3.1.20. A cobertura de despesas de acompanhante (acomodação e alimentação), no caso de Beneficiários menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes;
- 5.3.3.1.21. A cobertura do atendimento de outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- 5.3.3.1.22. Quando o Beneficiário optar por acomodação superior a do seu plano arcará com o pagamento das diferenças de custos médicos hospitalares;
- 5.3.3.1.23. Para os planos com direito à acomodação Coletiva, havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados, é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional;
- 5.3.3.1.24. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-facial, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões,

assistência de enfermagem e alimentação, órteses e próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

5.3.3.1.25. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

5.3.3.1.25.1. A necessidade de estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos será avaliada e justificada pelo médico assistente e/ou cirurgião dentista, com o objetivo de garantir maior segurança. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar.

5.3.4. Honorários Médicos – Clínicos ou Cirúrgicos

5.3.4.1. Serão cobertas as despesas referentes a honorários médicos e serviços gerais de enfermagem, e alimentação, dos profissionais pertencentes à Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**, inerentes aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos realizados em decorrência da assistência médica.

5.3.5. Tratamento hospitalar de transtornos psiquiátricos

5.3.5.1. Os Beneficiários terão direitos a todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

5.3.5.2. Internações hospitalares em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos.

5.3.5.2.1. Nos casos em que o Beneficiário ultrapassar os 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de 01 (um) ano de contrato, o mesmo terá direito à continuidade do tratamento, mediante pagamento em coparticipação, da cobertura (dia) excedente em psiquiatria, incluindo valores gastos com honorários médicos e despesas hospitalares, conforme quadro abaixo.

EVENTO	% DE COPARTICIPAÇÃO
Tratamento hospitalar de transtornos psiquiátricos	50 % (cinquenta por cento) após os primeiros 30 (trinta) dias de internação por ano de Contrato.

5.3.5.3. A coparticipação nas internações psiquiátricas não caracterizará o financiamento integral da internação e está de acordo com o percentual máximo estabelecido no normativo vigente.

5.3.5.4. Ficarão garantidos aos Beneficiários, o atendimento e acompanhamento em regime de hospital-dia psiquiátrico, segundo rede de prestadores do seu plano, desde

que observados pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CIDF84).

5.3.6. Transplantes

5.3.6.1. Estão cobertas as despesas com os transplante taxativamente previstos no Rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes à época, desde que observadas eventuais Diretrizes e/ou Protocolos de Utilização/Clínicos, incluindo:

5.3.6.1.1. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

5.3.6.1.2. Despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, as despesas assistenciais com doadores vivos;

5.3.6.1.3. Medicamentos utilizados durante a internação;

5.3.6.1.4. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;

5.3.6.1.5. Despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

5.3.6.1.6. O valor do pagamento das despesas acima citadas e as normas de transplantes seguem a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar, que prevê que candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos, sujeitando-se ao critério de fila única de espera e seleção.

5.3.6.1.6.1. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

5.3.7. Cirurgia plástica reparadora e reconstrutiva

5.3.7.1. Além da cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções previstas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, a **CONTRATADA**, através de seus médicos por ela indicados, prestará serviços de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de

tratamento de câncer.

5.4. Cobertura Obstétrica

5.4.1. Gravidez e Parto

5.4.1.1. Exclusivamente para os planos com a segmentação hospitalar com obstetrícia a **CONTRATADA** garantirá à Beneficiária a cobertura de todos os procedimentos na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto garantindo:

5.4.1.1.1. Um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, por 48 (quarenta e oito) horas, ou até 10(dez) dias, quando indicado pelo médico assistente; com cobertura de todas as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação.

5.4.1.1.2. Assistência pré-natal: compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários;

5.4.1.1.3. Assistência ao parto: normal ou cesariana por equipe especializada, em hospital e maternidade da Rede Própria, ou Credenciada;

5.4.1.1.4. Puerpério: nos Centros Clínicos próprios ou consultórios credenciados da **CONTRATADA**;

5.4.1.1.5. Assistência neonatal: os recém-nascidos terão direito à assistência dada pelos pediatras nos berçários do hospital ou maternidade;

5.4.1.1.6. Intercorrências na gravidez e suas complicações.

5.4.1.2. O parto normal listado no Rol de Procedimentos Médicos poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

5.4.2. Assistência ao recém-nascido: fica garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, Titular ou Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

5.5. Cobertura de órteses e próteses.

5.5.1. A cobertura de órteses e próteses somente serão garantidas se ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

5.5.2. Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

5.5.3. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela **CONTRATADA** de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer

pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que atendam às características especificadas;

5.5.4. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **CONTRATADA**, eventual impasse será submetida às regras relativas à Segunda Opinião e Junta Médica/Odontológica previstas no presente Contrato.

6. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

6.1. Os Beneficiários terão direito ao atendimento nos casos de urgência ou emergência comprovada nas 24 (vinte e quatro) horas do dia nos prontos-socorros indicados pela **CONTRATADA**, conforme plano contratado, servindo-se do regime de plantão contínuo montado para estes casos:

6.1.1. Acidente Pessoal;

6.1.2. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após o início da vigência do contrato;

6.1.3. Consultas e serviços ambulatoriais de urgência e emergência;

6.1.4. atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência ou emergência;

6.1.5. Inalações de urgência ou emergência;

6.1.6. Atendimento em traumatologia, gesso, atadura e suturas;

6.1.7. Medicação de urgência e emergência, desde que registrada/regularizada na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, contemplados nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS.

6.1.8. Repouso em pronto-socorro para recuperação ou esclarecimento diagnóstico;

6.1.9. Complicações no Processo Gestacional;

6.1.10. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio Beneficiário ou terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão).

6.2. É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento de urgência e emergência que evoluir para internação, desde a admissão do Beneficiário até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, assim consideradas:

I – Urgência: entendida como os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II – Emergência: definida como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

6.3. Será garantida a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os Beneficiários em carência ou Cobertura Parcial Temporária – CPT.

6.3.1. Os atendimentos de urgência e emergência no decorrer dos períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária, para os eventos relacionados à Doença ou Lesão Preexistente – DLP declaradas terão cobertura limitada as primeiras 12 (doze) horas de

atendimento ou até que seja solicitada a internação.

6.3.2. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar (internação ou assistência médica após o período de 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação passara a ser do **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **CONTRATADA**.

6.4. Caso o Beneficiário e/ou familiares optem pela remoção do Beneficiário, a **CONTRATADA** garantirá a remoção a uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS. A **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

6.5. Se não for possível a remoção sem risco de vida ao Beneficiário e encontrando-se este em período de Carência ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, o Beneficiário e seus familiares deverão negociar com o prestador de serviço a continuidade do atendimento e a responsabilidade deste, hipótese que a **CONTRATADA** estará desobrigada de qualquer ônus.

6.6. Os Beneficiários terão direito ao reembolso das despesas relacionadas nos casos de urgência ou emergência comprovada, dentro da abrangência geográfica, área de atuação e condições do plano contratado, nos termos e limites da legislação e regulamentação vigente, quando não for possível a utilização dos serviços da rede assistencial da **CONTRATADA**, tendo como limite financeiro de reembolso os múltiplos estabelecidos na TABELA DE REEMBOLSO, observadas a fórmula de cálculo e documentação obrigatória previstas nesse contrato.

MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO PARA ATENDIMENTOS		
TIPO DE COBERTURA PARA REEMBOLSO		MÚLTIPLOS
COBERTURAS HOSPITALARES E DIÁRIAS	Diárias e taxas hospitalares	1 x Tabela de Reembolso
	Serviços auxiliares de diagnose e terapias	1 x Tabela de Reembolso
	Honorários médicos	1 x Tabela de Reembolso
COBERTURAS AMBULATORIAIS E TAXAS	Consultas médicas	1 x Tabela de Reembolso
	Exames	1 x Tabela de Reembolso
	Terapias	1 x Tabela de Reembolso

6.6.1. Serão cobertos os materiais e medicamentos utilizados ou ministrados dentro do período de internação hospitalar ou atendimentos em pronto-socorro, desde que previstos em contrato, medicamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, de acordo com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, sendo reembolsados de acordo com os valores negociados com o prestador de serviços e não serão superiores aos constantes nos materiais publicados pelo Brasíndice e Simpro respectivamente, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a legislação e regulamentação vigente.

6.6.1.1. Estão excluídos os medicamentos importados não nacionalizados, que não terão Cobertura, de acordo com o disposto no presente Contrato em total consonância com a legislação e regulamentação vigente.

6.6.2. As despesas médicas pagas diretamente pelo Beneficiário, Titular ou Dependente, com os serviços de assistência à saúde cobertos por este Contrato, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta médica, com base na Tabela Procedimentos Médicos da **CONTRATADA**, cujo valor não será inferior ao da Tabela praticada pela **CONTRATADA** junto à rede prestadora e até o limite do valor das notas apresentadas pelo Beneficiário.

6.6.2.1. A Tabela de Procedimentos Médicos da **CONTRATADA** estará disponível para consulta dos Beneficiários na sua sede e no portal da **CONTRATADA** (www.gndisul.com.br), o qual informará ainda o Cartório de Registro de Títulos e Documentos onde a tabela encontra-se registrada. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos referentes a esta tabela, o Beneficiário poderá contar a Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

6.6.2.2. Quando as despesas decorrentes dos atendimentos médicos, prestados ao Beneficiário Titular ou Dependente com serviço de assistência à saúde coberta pelo Contrato, vierem a ser faturadas diretamente pelo prestador a **CONTRATADA**, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da Tabela de Procedimentos Médicos será faturada para a **CONTRATANTE**, no mês subsequente, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

6.6.3. Para efeito do cálculo dos valores de reembolso, a US – UNIDADE DE SERVIÇO tem seu valor fixado inicialmente em R\$ 1,00 (um real).

6.6.3.1. O cálculo do reembolso, em reais, será apurado através da seguinte fórmula:

$\text{REEMBOLSO} = \text{N}^\circ \text{ de US} \times \text{Valor US} \times \text{Múltiplo do Plano} + \text{UCO (quando aplicável)}$
--

Onde:

Nº de US (UNIDADE DE SERVIÇO): é o quantitativo apresentado na Tabela de Reembolso para o respectivo procedimento.

Valor da US: é o valor em reais para o cálculo do valor devido como reembolso.

Múltiplo do Plano: é o número de vezes que, de acordo com o plano contratado, aplicado sobre o Nº de US, indicará o valor de reembolso.

UCO (Unidade de Custo Operacional): é o valor em reais a ser incluído ao cálculo do reembolso dos exames, terapias e procedimentos.

Exemplos:

a) Consulta médica – Quantidade de US, conforme Tabela de Reembolso – 75

Valor em moeda corrente da USND R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano – 1X Tabela de Reembolso

Valor do reembolso = $75 \times 1,00 \times 1 = \text{R\$ } 75,00$

b) Eletrocardiograma Convencional (de até 12 derivações) – Quantidade de US, conforme Tabela de Reembolso – 19,03

Valor em moeda corrente da US R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano –1X Tabela de Reembolso

UCO em moeda corrente (Exames) - R\$7,95

Valor do reembolso = $19,03 \times 1,00 \times 1 + 7,95 = \text{R\$ } 26,98$

c) Acupuntura por sessão – Quantidade de US, conforme Tabela de Reembolso – 59,38

Valor em moeda corrente da US R\$ 1,00

Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano –1X Tabela de Reembolso

UCO em moeda corrente (Terapias) - R\$8,48

Valor do reembolso = $59,38 \times 1,00 \times 1 + 8,48 = \text{R\$ } 67,86$

6.6.3.2. Em nenhuma hipótese o valor a ser reembolsado, superará o total do valor apresentado das despesas, mesmo que o limite financeiro de reembolso para o(s) procedimento(s) em questão seja(m) superior(es) ao(s) valor(es) apresentado(s).

6.6.3.3. O reajuste do valor da US para cálculo dos limites de reembolso, poderá considerar a variação dos custos médico-hospitalares dos procedimentos cobertos por este contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do contrato, tendo como parâmetro o que dispõe a legislação e regulamentação vigentes.

6.6.4. Nos casos relacionados no item 6.6. e dentro dos limites das obrigações deste Contrato, obedecendo a área de abrangência geográfica, a área de atuação do plano contratado e os mecanismos de regulação, deverão ser observadas as seguintes regras:

6.6.4.1. As despesas médicas pagas diretamente pelo Beneficiário, Titular ou Dependente, com os serviços de assistência à saúde cobertos por este Contrato, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta médica, com base na Tabela de Reembolso e não será inferior ao da Tabela praticada pela **CONTRATADA** junto à rede prestadora e até o limite do valor das notas apresentadas pelo Beneficiário.

6.6.4.1.1. Quando as despesas decorrentes dos atendimentos médicos, prestados ao Beneficiário Titular ou Dependente com serviço de assistência à saúde coberta pelo Contrato, vierem a ser faturadas diretamente pelo prestador a **CONTRATADA**, a eventual diferença entre o valor cobrado pelo prestador e a base da Tabela de Reembolso será faturada para a **CONTRATANTE**, no mês subsequente, acompanhada da documentação comprobatória da cobrança.

6.6.4.2. O Beneficiário, para obtenção do reembolso previsto no item anterior, deverá obedecer aos seguintes requisitos:

6.6.4.2.1. O Beneficiário ou seu responsável deverá comunicar a ocorrência à **CONTRATADA** em até 48 (quarenta e oito) horas após o início do atendimento para obtenção do número de protocolo do evento.

6.6.4.2.2. O Reembolso será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias corridos, a partir da data de entrega pelo Beneficiário da documentação completa exigida, para:

6.6.4.2.2.1. Consultas médicas - Os recibos em impresso próprio do

prestador, ou notas fiscais originais e quitadas, devem conter as seguintes especificações:

- a) Nome completo do Beneficiário atendido;
- b) Local e data da realização da consulta;
- c) Valor cobrado (numérico e por extenso);
- d) Nome completo do médico (quando pessoa física) com número de CPF ou razão social da Clínica com o número do CNPJ, endereço completo e telefone;
- e) Especialidade médica, número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e assinatura do médico;
- f) Diagnóstico: CID 10, desde que autorizado pelo Beneficiário;
- g) Consulta Psiquiátrica: Enviar junto com a documentação, Relatório Médico com o Diagnóstico e Tratamento efetuado;
- h) Consulta Pré-Natal: Enviar junto com a documentação, Relatório Médico informando o tempo de gestação.

6.6.4.2.2.1.1. Serão cobertas as consultas com o mesmo médico no intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre uma e outra, uma vez que o valor de reembolso de cada consulta, já contempla os retornos até 30 (trinta) dias.

6.6.4.2.2.1.2. Para um mesmo atendimento, não devem ser emitidos pelos médicos e apresentados para reembolso, 02 (dois) ou mais recibos.

6.6.4.2.2.2. Exames complementares e tratamentos ambulatoriais/Terapias - Os recibos em impresso próprio do prestador, ou notas fiscais originais e quitadas, devem conter as seguintes especificações:

- a) Nome completo do Beneficiário atendido;
- b) Local e data da realização de cada exame ou tratamento; (nos casos de terapias seriadas, informar a data de realização de cada sessão e constar a assinatura do paciente nas mesmas (controle de frequência);
- c) Descrição completa de cada exame ou tratamento, informando a região corpórea (exames por imagem) com os respectivos valores individualizados, incluindo o número de sessões quando for o caso;
- d) Nome e tipo específico, com o valor individualizado de cada exame ou tratamento, inclusive com o número de sessões; bem como todos os materiais ou medicamentos que possam porventura ter sido utilizados com suas respectivas quantidades e valores unitários;
- e) Razão social do laboratório, clínica ou serviço utilizado, endereço completo e telefone, com o número do CNPJ e assinatura do responsável;
- f) No caso de honorários profissionais será necessário o nome do médico ou profissional com o seu CPF ou nome da clínica e respectivo CNPJ, a especialidade do médico, número de inscrição no CRM e assinatura do médico;
- g) Relatório com quadro clínico, diagnóstico e programação terapêutica;
- h) Laudo do exame anátomo patológico (se realizado);
- i) Laudos de exames de imagem e exames laboratoriais;
- j) Nome do médico/ terapeuta, especialidade, carimbo, assinatura, número e tipo da inscrição no respectivo conselho;

- k) Fisioterapia/Acupuntura: só serão reembolsadas se solicitadas por profissional inscrito no CRM;
- l) Radioterapia: Enviar também as cobranças dos médicos e hospital (custo operacional), caso haja cobrança separada;
- m) Todas as solicitações de reembolso de exames complementares e tratamentos ambulatoriais deverão ser acompanhadas obrigatoriamente das respectivas solicitações do médico assistente (pedido médico). A solicitação deverá conter especificamente:
 - i. Nome completo do Beneficiário atendido;
 - ii. Hipótese diagnóstica que motivou a solicitação do exame; CID 10, desde que autorizado pelo Beneficiário;
 - iii. Data da elaboração do pedido médico;
 - iv. Carimbo com nome completo do médico, nº do CRM, especialidade e assinatura;
 - v. Endereço e telefone para contato com o médico assistente, caso necessário.

6.6.4.2.2.2.1. A CONTRATADA poderá solicitar os resultados dos exames realizados para fins de reembolso, a critério da avaliação da auditoria médica, resguardado o sigilo médico.

6.6.4.2.2.2.2. Todos os exames complementares deverão vir acompanhados do respectivo pedido médico, que terá validade de 30 (trinta) dias a partir da data de emissão.

6.6.4.2.2.3. Internações ou procedimentos hospitalares - Os recibos em impresso próprio do prestador, ou notas fiscais originais e quitadas, devem conter as seguintes especificações:

- a) Nome completo do Beneficiário atendido;
- b) Local, data e horário do atendimento hospitalar e as datas de internação, visitas médicas em casos clínicos e alta hospitalar, se for o caso;
- c) Conta hospitalar em via original e quitada, discriminada com o valor unitário de cada item de despesa e tipo específico de procedimentos realizados;
- d) Razão social do hospital, com número do CNPJ e assinatura do responsável;
- e) Para reembolso de honorários médicos é necessário apresentar recibos ou notas fiscais referentes a cada médico com seu CPF ou nome da Clínica e seu CNPJ, a especialidade e atuação de cada médico (cirurgiões, auxiliares, anestesistas, assistência ao recém-nascido, visitas hospitalares, etc.), discriminação de cada serviço e valor correspondente, carimbo contendo número de inscrição no CRM e assinatura de cada médico e discriminação do valor de cada cirurgia (em caso de múltiplas intervenções cirúrgicas);
- f) Relatório de alta hospitalar da internação, devidamente preenchido pelo médico assistente do paciente, com as informações médicas referentes ao evento, diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação, quantidade de visitas realizadas e respectivas datas;

- g) Quando houver a extirpação de órgãos, tumores ou lesões, deverá ser anexado o laudo do exame anatomopatológico e cópia da transcrição cirúrgica;
- h) Laudo de exames anátomo patológicos, colangiografias intraoperatórias ou polissonografias (caso tenham sido realizadas) e descrição cirúrgica em procedimentos complexo ou divergentes do autorizado;
- i) Nota fiscal de compra de materiais especiais, órteses e próteses, informando: marca, modelo e fabricante;
- j) Relatório médico preenchido pelo médico assistente, contendo a descrição de todos os procedimentos utilizados com justificativa da urgência ou emergência. Quando houver retirada cirúrgica de órgãos ou lesões, deve ser anexada cópia do exame anatomopatológico.

6.6.4.2.2.4. Despesas com Transporte

- a) Remoção em Ambulância: Relatório Médico justificando a necessidade de remoção, diagnóstico do paciente, indicando a data do evento, local de saída, destino e quilometragem percorrida, especificação do tipo de ambulância (UTI ou Ambulância simples);
 - i. Somente serão reembolsadas as despesas acompanhadas de relatórios médicos caracterizando a necessidade de remoção de hospital para hospital;
- b) Taxi: Recibo original indicando as seguintes informações: - Valor do recibo em numeração e por extenso; - Origem e Destino; Placa do Veículo; Nome e Telefone do taxista; - Telefone do ponto de taxi/cooperativa; - Local e data da realização do serviço; - Assinatura do Taxista;
- c) Transporte Coletivo público ou privado Intermunicipal ou interestadual (ônibus, trem, barco): Recibo original emitido pela Cia. utilizada como transporte;
- d) Veículo particular: Será tomada como base para reembolso a menor distância entre origem e destino, considerando verba específica por quilometro rodado;
- e) Transporte Aéreo: Recibo original emitido pela Cia. aérea utilizada.

6.6.4.3. Após a análise administrativa, de direitos contratuais, de avaliação técnica e de valores descontados as eventuais divergências, o reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da entrega à **CONTRATADA** da documentação completa descrita no item anterior.

6.6.4.4. Excepcionalmente nos casos em que o Beneficiário (Titular e/ou dependente), não solicitar o reembolso, ficará facultado a este, o direito de pleitear o reembolso a **CONTRATADA**, dentro do limite pré-estabelecido de no máximo de 01(um) ano, referente ao prazo de prescrição constante na lei vigente, sendo resguardado a **CONTRATADA**, nestes casos, o pagamento das despesas em até 30 (trinta) dias após a entrega e conferência da documentação (art. 206 do Código Civil).

6.6.4.5. O Reembolso será efetivado por depósito na conta bancária do Beneficiário Titular e informada por ele em solicitação de reembolso por escrito, não sendo permitida utilização da conta bancária de terceiros.

7. GARANTIA DE ATENDIMENTO

7.1. A **CONTRATADA** garantirá atendimento aos serviços e procedimentos disponíveis no

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei 9656/98, exclusivamente pelos profissionais credenciados e na Rede Própria e Credenciada da Operadora, respeitando a abrangência geográfica do plano contratado, as regras previstas na legislação e regulamentação vigentes e as Condições Específicas do produto contratado.

7.2. Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, desde que previsto contratualmente, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a cobertura solicitada será garantida em:

- I. Prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou
- II. Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

7.2.1. No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela **CONTRATADA** ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

7.2.2. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos de atendimento fixados pela regulamentação vigente.

7.2.3. As hipóteses previstas pelos itens acima da garantia de atendimento no caso de indisponibilidade de prestador se aplicam ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia.

7.3. Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a **CONTRATADA** deverá garantir atendimento em:

- I. Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou
- II. Prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

7.3.1. Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II da cláusula 7.3, a **CONTRATADA** garantirá o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos de atendimento fixados pela regulamentação vigente.

7.3.2. Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a **CONTRATADA** deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

7.3.3. No caso de descumprimento da garantia de atendimento pela **CONTRATADA**, de

acordo nas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestador conforme previsto neste contrato e na regulamentação vigente, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a **CONTRATADA** deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

7.3.4. A possibilidade de reembolso acima aludida, somente será obrigatoriamente atendida quando a **CONTRATADA** tiver sido devida e expressamente comunicada pelo Beneficiário do fato gerador, e não tiver garantido o atendimento dentro dos prazos previstos na legislação e regulamentação vigente.

7.3.4.1. No momento da comunicação, o Beneficiário receberá um número de protocolo que deverá obrigatoriamente acompanhar e identificar os documentos exigidos para o reembolso.

7.3.5. O reembolso para todos os planos com opção de acesso à livre escolha de prestadores será efetuado nos limites estabelecidos contratualmente para cada plano, conforme condições específicas.

8. REMOÇÕES INTER-HOSPITALARES TERRESTRES

8.1. A remoção dos Beneficiários que já tenham cumprido o período de carência, desde que haja o consentimento do próprio Beneficiário ou de seu responsável, quando comprovadamente necessária e após a autorização do médico assistente, serão cobertas dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado, nas seguintes hipóteses:

8.1.1. De hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital da rede própria ou credenciada vinculado ao plano de saúde contratado;

8.1.2. De hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado ao plano de saúde do Beneficiário, e não pertencente à rede própria da **CONTRATADA**, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital da rede própria ou credenciada, vinculado ao plano de saúde contratado;

8.1.3. De hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, e da rede própria da **CONTRATADA**, vinculados ao plano de saúde do Beneficiário, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital da rede própria ou credenciado, vinculados ao plano de saúde contratado, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao Beneficiário na unidade de saúde de origem;

8.1.4. De hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado ao plano de saúde do Beneficiário, e não pertencente à rede própria da **CONTRATADA**, localizado fora da área de atuação do plano contratado pelo Beneficiário, para hospital da rede própria ou credenciado, vinculados ao plano de saúde contratado, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano do Beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na legislação e regulamentação vigentes; e

8.1.5. De hospital da rede própria ou credenciado, vinculados ao plano de saúde contratado, localizado dentro da área de atuação do plano contratado, para hospital da

rede própria ou credenciado, vinculados ao plano de saúde contratado, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

8.2. As remoções comprovadamente necessárias para outro estabelecimento hospitalar serão cobertas dentro dos limites de Abrangência Geográfica do plano contratado.

8.3. Remoções Terrestres quando o Beneficiário estiver cumprindo período de carência e/ou Cobertura Parcial Temporária - CPT

8.3.1. No atendimento de urgência ou emergência, atestado pelo médico assistente, havendo necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, quando em período de Cobertura Parcial Temporária – CPT, fica assegurada a remoção inter-hospitalar terrestre, para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

8.3.2. No atendimento de urgência ou emergência, durante o período de carência, em havendo necessidade de internação, fica garantida a remoção do Beneficiário para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, visando a continuidade do atendimento.

8.3.3. Para os casos de processo gestacional em que houver necessidade de internação, em período de carência, fica garantida a remoção terrestre para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

8.3.4. Caso o Beneficiário e/ou familiares optem pela remoção do Beneficiário, a **CONTRATADA** garantirá a remoção a uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS. A **CONTRATADA** irá disponibilizar ambulância com todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade do Sistema Único de Saúde - SUS.

8.3.5. Se não for possível a remoção sem risco de vida ao Beneficiário e encontrando-se este em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, o Beneficiário e seus familiares ou a **CONTRATANTE** deverão negociar com o prestador de serviço a continuidade do atendimento e a responsabilidade deste, hipótese que a **CONTRATADA** estará desobrigada de qualquer ônus.

9. GARANTIA DE TRANSPORTE

9.1. A **CONTRATADA** garantirá o transporte para a realização dos serviços e procedimentos necessários, em conformidade com o disposto nos termos da legislação e regulamentação vigentes, nas situações de:

- a) Indisponibilidade de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado e nos municípios limítrofes, igualmente pertencentes concomitantemente à região de saúde à qual faz parte o município, área de atuação contratada e área de abrangência geográfica do plano ao qual o Beneficiário esteja devidamente vinculado.
- b) Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, na área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o Beneficiário esteja devidamente vinculado.
- c) Indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado e nos

municípios limítrofes desde que pertencentes à área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o Beneficiário esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.

- d) Inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado, nos municípios limítrofes e na região de saúde desde que pertencentes à área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o Beneficiário esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia.

9.2. A garantia de transporte acima descrita está limitada única e exclusivamente às situações previstas nos itens anteriores.

9.3. A garantia de transporte se encontra obrigatoriamente vinculada à prévia, expressa e formal comunicação por parte do Beneficiário à **CONTRATADA**, através de um dos seus canais de atendimento disponíveis no portal www.gndisul.com.br, com antecedência razoável para que a mesma possa orientar os procedimentos a serem adotados na ocorrência desta situação, e ao mesmo tempo cumprir os prazos determinados para a realização do atendimento.

9.4. A modalidade de transporte a ser garantida fica a critério da **CONTRATADA**, e não serão aceitas solicitações de reembolso de qualquer natureza que evidenciem o descumprimento do que está avençado nas cláusulas anteriores.

9.5. A modalidade de transporte garantida pela **CONTRATADA** será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do Beneficiário, devidamente atestados pela própria **CONTRATADA** no momento da demanda ou pelo médico assistente do Beneficiário.

9.6. Em todas as situações previstas para esta cobertura, a **CONTRATADA**, ao seu critério, proverá os meios necessários para o referido transporte, obedecendo ao disposto nas cláusulas abaixo.

9.7. A garantia de transporte será efetivada das seguintes formas:

9.7.1. O transporte médico especializado, através de veículos equipados com esta finalidade e/ou com necessidade de acompanhamento de profissional da área de saúde, só será disponibilizado mediante a apresentação de relatório médico original que o indique formalmente e que deverá ser encaminhado e analisado pela área médica da **CONTRATADA**.

9.7.2. A garantia de transporte é extensiva exclusivamente aos acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, de acordo com as diretrizes dos procedimentos para os quais a necessidade/garantia destes acompanhantes encontre-se indicada. Tais diretrizes encontram-se no Rol de Procedimentos de Saúde e nas Resoluções Normativas, ambos da ANS, que versam sobre este assunto. Para os Beneficiários incapazes ou com limitação física, será necessária a apresentação de documento original contendo justificativa médica condizente para que haja a liberação do transporte do acompanhante.

10. EXCLUSÕES DE COBERTURA

10.1. As moléstias, os procedimentos e os demais itens abaixo relacionados, por

serem exclusões contratuais autorizadas pela Lei nº 9.656/98, não são cobertos por este Contrato, exceto quando previstos contratualmente, a saber:

10.1.1. Todos os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações e/ou que não sejam expressamente vinculados às segmentações assistenciais previstas no presente Contrato;

10.1.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

10.1.3. Procedimentos ambulatoriais, hospitalares e terapias indicadas ou solicitadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

10.1.4. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

10.1.5. Tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética (exceto para tratamento de Obesidade Mórbida, como tal entendida aquela prejudicial à saúde, sob o ponto de vista médico, que acomete o Beneficiário, aferida pelo Índice de Massa Corpórea – IMC, o qual é apurado pelo resultado da divisão do seu peso pelo quadrado da sua altura com resultado superior a quarenta), assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

10.1.6. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da solicitação, produtos e materiais importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde ou ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

10.1.7. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;

10.1.8. Fornecimento de próteses, órteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

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

10.1.10. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente, ressalvados os casos previstos na legislação e regulamentação vigentes;

10.1.11. Sonoterapia e medicina ortomolecular;

10.1.12. Tratamentos em clínicas de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

10.1.13. Transplantes, à exceção daqueles taxativamente previstos no Rol de

Procedimentos e Eventos vigentes às suas respectivas épocas, bem como eventuais Diretrizes de Utilização;

10.1.14. Qualquer procedimento odontológico;

10.1.15. Procedimentos relativos ao programa de controle médico de saúde ocupacional, assim entendidos os exames médicos (admissionais, demissionais, periódicos, retorno ao trabalho e mudança de função) e exames complementares previstos no PCMSO;

10.1.16. Consultas, fornecimento de medicamentos, produtos, materiais e quaisquer tipos de tratamentos domiciliares, inclusive “home care”;

10.1.17. Vacinas, necropsias, cirurgias fetais, internações e cirurgias para mudanças de sexo e inseminação artificial;

10.1.18. Enfermagem domiciliar; despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, durante a internação hospitalar, tais como: estacionamento, jornais, televisão, telefone, frigobar e similares e acomodação do acompanhante, exceto nos casos previstos em Lei;

10.1.19. Aluguel de qualquer equipamento ou aparelho para assistência médica domiciliar;

10.1.20. Qualquer tipo de remoção não prevista neste Contrato ou fora da área de abrangência geográfica do plano contratado;

10.1.21. Reembolso de despesas de qualquer natureza, realizadas em território Nacional ou no Exterior, exceto os previstos expressamente neste Contrato.

11. DURAÇÃO DO CONTRATO

11.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, com renovação automática com prazo indeterminado após esse período, renovação esta isenta de quaisquer taxas ou cobranças. A vigência inicial do presente Contrato se dará a partir da assinatura da Proposta de Contratação, da assinatura do presente instrumento ou da data de pagamento da primeira contraprestação pecuniária mensal, o que ocorrer primeiro.

12. CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

12.1. Serão observados os seguintes prazos de carência, os quais serão contados a partir da data de início de vigência inicial do presente Contrato:

Prazos	Procedimentos
24 horas	Emergência e Urgência – Conforme cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência
30 dias	Consultas, Análises Clínicas, Anatomia Patológica (exceto sob sedação ou vídeo), Raio-X Simples e Eletrocardiograma
180 dias	Audiometria, Impedanciometria, Radiologia Contrastada, Eletroencefalograma, Endoscopia Digestiva, Eletroneuromiografia, Testes Oftalmológicos, Testes Otorrinolaringológicos, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, demais Terapias Isoladas e Multidisciplinares inclusive com métodos específicos (ABA, BOBATH e outros),

	demais Exames, Terapias e Procedimentos Ambulatoriais.
180 dias	Internamentos Clínicos, Cirúrgicos, Psiquiátricos
180 dias	Todos os procedimentos não relacionados nos grupos acima, com exceção dos Partos a Termo conforme abaixo indicado.
300 dias	Partos a Termo

12.1.1. Com exceção das hipóteses taxativamente previstas no presente Contrato e/ou na legislação e regulamentação vigentes, para todos e quaisquer beneficiários incluídos após a vigência inicial deste instrumento serão imputadas as carências acima previstas, as quais contadas da data da inclusão do(s) beneficiário(s) no presente Contrato.

12.2. A Cobertura Parcial Temporária – CPT é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal, através da Declaração Pessoal de Saúde – DPS.

12.3. As Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP são aquelas que o Beneficiário ou seu responsável legal saiba ser portador ou sofredor, à época da inclusão no plano de assistência à saúde.

12.4. Aos Beneficiários será oferecida Cobertura Parcial Temporária – CPT no momento da contratação e preenchimento da Declaração de Saúde, sendo facultado à CONTRATADA o oferecimento de agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária – CPT.

12.4.1. Antes da inclusão no plano, o Beneficiário deverá ler atentamente a Carta de Orientação ao Beneficiário, que servirá como orientador para o preenchimento da Declaração de Saúde e, conterá todas as explicações referentes às Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP, bem como as consequências decorrentes de eventual omissão.

12.4.2. Após a leitura e assinatura da Carta de Orientação ao Beneficiário, o Beneficiário preencherá a Declaração Pessoal de Saúde – DPS, que consiste de formulário no qual deverão ser registradas as informações sobre as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador, e das quais tenham conhecimento no momento da inclusão no plano.

12.4.3. A CONTRATADA garantirá, ao seu critério, um médico orientador para o preenchimento da Declaração de Saúde, sendo prejuízo do direito de beneficiário de solicitar a orientação de um médico de sua escolha sem nenhum ônus, desde que pertencente a rede de prestadores da operadora.

12.4.3.1. 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

12.4.4. Uma vez realizada a perícia no ato da contratação, não caberá a CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

12.4.5. Verificada pela **CONTRATADA** a existência de Doença ou Lesão Preexistente não declarada pelo Beneficiário por ocasião de sua inclusão, a **CONTRATADA** comunicará imediatamente ao Beneficiário. Caso o Beneficiário não concorde com esta alegação, a **CONTRATADA** encaminhará documentação pertinente à ANS, que, após abertura do competente processo administrativo, efetuará o julgamento do mérito da alegação de omissão da doença ou lesão por parte do Beneficiário. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para a instrução do processo. Após o julgamento e se acolhida a alegação da **CONTRATADA** pela ANS, o Beneficiário deverá efetuar à **CONTRATADA** o pagamento das despesas realizadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente não declarada, desde a data em que a **CONTRATADA** comunicou ao Beneficiário sua ciência da existência da mesma.

12.4.6. A **CONTRATADA** terá o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de inclusão do beneficiário, para comprovar Doença ou Lesão Preexistente eventualmente omitida pelo Beneficiário.

12.4.7. Não haverá negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou exclusão do Beneficiário do Contrato, até a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS do encerramento do processo administrativo.

13. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

13.1. Carteira de Identificação

13.1.1. Para ter direito à assistência na Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA** será necessário a apresentação da Carteira de Identificação do Beneficiário, disponibilizada na forma digital, onde estiver em atendimento, junto com o documento de identificação oficial com foto, sendo vedado o atendimento na ausência destes.

13.1.1.1. Na impossibilidade da apresentação da Carteira de Identificação do Beneficiário por qualquer motivo, um exemplar da carteira digital poderá ser obtido através do aplicativo disponível no portal da **CONTRATADA** (www.gndisul.com.br).

13.1.1.2. O número da Carteira de Identificação pode ser consultado através dos canais de atendimento ou através do aplicativo disponível no portal da **CONTRATADA** (www.gndisul.com.br).

13.1.1.3. Além das hipóteses acima a **CONTRATADA** disponibiliza aos Beneficiários, em seu portal (www.gndisul.com.br) acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS nos termos da regulamentação vigente, o qual possibilita a impressão dos dados cadastrais, incluindo os dados relativos à carteirinha de identificação.

13.1.1.4. A **CONTRATANTE** deverá esclarecer plenamente aos Beneficiários deste Contrato sobre o funcionamento e condições de utilização dos serviços contratados, visando o seu uso correto.

13.1.2. Tratando-se de Beneficiários menores, que não possuam um documento de identidade com foto, será obrigatória a apresentação da certidão de nascimento.

13.1.3. No caso de eventual uso indevido da Carteira de Identificação, os custos

decorrentes dos atendimentos prestados pela **CONTRATADA** ao Beneficiário serão considerados na sinistralidade da **CONTRATANTE**.

13.1.4. No caso de perda ou extravio da Carteira de Identificação do Beneficiário, a **CONTRATANTE** obrigatoriamente comunicará a **CONTRATADA** no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

13.1.5. A **CONTRATADA** disponibiliza ao **CONTRATANTE** através do portal (www.gndisul.com.br), endereços e canais de atendimento, principais características dos planos contratados e relaciona a rede de prestadores próprios e de serviços contratados de cada plano.

13.1.6. A **CONTRATADA** poderá também utilizar-se de processos de identificação biométrica e/ou facial como forma de reconhecimento dos beneficiários, exceto nos casos em que, por liberalidade expressa, dispensar tal obrigação.

13.1.6.1. Eventual liberalidade por parte da **CONTRATADA** em dispensar o Beneficiário da obrigação de reconhecimento por meio do processo de identificação biométrica, não lhe garante o direito de pleitear a isenção definitiva de tal obrigação que, a qualquer tempo, poderá ser novamente exigida pela **CONTRATADA**.

13.1.6.2. Caso o Beneficiário apresente dificuldade de se identificar por meio do processo biométrico e/ou facial, deverá, obrigatoriamente, comparecer ao Setor de Digitais da **CONTRATADA** para proceder com o cadastramento de suas digitais.

13.1.6.2.1. Se verificada pela **CONTRATADA** a impossibilidade de reconhecimento das digitais do Beneficiário, a **CONTRATADA** orientará, a seu critério, como será procedida a identificação do beneficiário e os procedimentos que deverão ser adotados.

13.2. Mecanismos de Regulação – Porta de Entrada - Coordenação Através da Equipe APS (Atenção Primária à Saúde)

13.2.1. O presente plano dispõe do mecanismo de Porta de Entrada, o que significa que o acesso aos serviços contratados se dará através de atendimento pela equipe de atenção primária à saúde, nomeada como equipe do cuidado, que é composta por Médico de Família e demais profissionais multidisciplinares que farão atendimento de atenção primária e serão responsáveis pelo acolhimento e acompanhamento do beneficiário.

13.2.1.1. Medicina de Família e Comunidade é a qualificação habitualmente designada ao médico especialista que privilegia a atenção e os cuidados primários à saúde, prestando assistência aos beneficiários e desenvolvendo trabalhos de investigação clínica. Trata-se, portanto, do médico especializado na pessoa e que idealmente a conhecerá melhor pelo contato ao longo do tempo. O Médico de Família deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas daqueles que a ele recorrem, nunca perdendo o contato com o beneficiário e sempre orientando dentro dos Serviços de Saúde Secundários, referenciando quando necessário.

13.2.1.2. Profissionais multidisciplinares são formados por aqueles que assistem diretamente os indivíduos, que são os médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros.

13.2.1.3. Os atendimentos poderão ser realizados por meio de teleatendimento com a finalidade de coordenar o cuidado de saúde de maneira rápida, conectada, inovadora e com qualidade.

13.2.1.3.1. Todas as consultas por meio de teleatendimento serão garantidas exclusivamente na plataforma da operadora ou por ela contratada.

13.2.1.3.2. As consultas deverão ser agendadas através da Central de Atendimento, aplicativo e/ou portal da operadora www.gndisul.com.br ou diretamente nos Centros Clínicos Próprios.

13.2.1.3.3. Os procedimentos caracterizados como urgência e/ou emergência estão isentos da necessidade de encaminhamento pelo Médico de Família.

13.2.1.4. A vinculação ao médico assistente se dará quando o Beneficiário solicitar a primeira consulta com o Médico de Família.

13.2.1.4.1. Fora do horário de expediente da equipe do cuidado, os beneficiários poderão consultar com outros médicos de família de acordo com a sua necessidade ou facilidade de acesso aos Centros Clínicos ou pelo Dr. Clinipam online. No entanto, terão um médico assistente responsável por acompanhar sua saúde, pois é importante destacar que para coordenar a saúde é primordial sempre, que precisar de assistência, consultar a mesma equipe de saúde. Os beneficiários poderão a qualquer momento solicitar à equipe de cuidado a troca do médico assistente através do aplicativo.

13.2.1.5. Se julgar necessário, o Médico de Família poderá encaminhar o beneficiário ao especialista através de guia por ele emitida para dar continuidade ao tratamento por meio dos serviços de saúde oferecidos na rede da **CONTRATADA**.

13.2.1.5.1. Para a realização de quaisquer consultas com especialistas, exames, terapias e demais procedimentos será obrigatória avaliação e encaminhamento do Médico de Família e demais profissionais multidisciplinares, cujas atribuições estão descritas nos itens 13.2.1.1 e 13.2.1.2.

13.2.1.5.2. O atendimento por especialista também poderá ser realizado por teleatendimento ou presencialmente.

13.2.1.5.3. Caso o especialista solicite exames de diagnóstico ou demais procedimentos, o beneficiário, após a realização, apresentação dos resultados, avaliação e orientação de tratamento deste profissional, deverá retornar ao Médico de Família para o devido registro e acompanhamento.

13.2.1.5.4. Os serviços mencionados nos itens 13.2.1.3.3 e 13.2.1.5.1 estão disponibilizados no Manual da Rede Credenciada, no portal da operadora www.gndisul.com.br ou em Aplicativo Móvel.

13.3. Mecanismos de Regulação – Locais de Atendimento

13.3.1. Sem prejuízo das condições previstas no item 4.2 acima, as consultas médicas

serão realizadas nos Centros Clínicos Próprios da **CONTRATADA** ou na Rede Credenciada ou por meio de Teleatendimento.

13.3.1.1. Todas as consultas por meio de teleatendimento serão garantidas exclusivamente na plataforma da **CONTRATADA** ou qualquer outra que venha a ser por esta indicada.

13.3.2. Os serviços de diagnósticos, tratamentos, internações e demais procedimentos previstos neste Contrato serão realizados nos locais indicados pela **CONTRATADA**, exclusivamente dentro de sua Rede Própria ou Credenciada e desde que solicitados pelo médico assistente, quando autorizados previamente pela **CONTRATADA**, resguardadas as situações de urgência ou emergência previstas em Contrato.

13.4. Mecanismos de Regulação – Autorização Prévia

13.4.1. Para a realização dos procedimentos contratados será obrigatória à solicitação de autorização prévia (guia autorizada), a qual deverá ser obtida após solicitação pelo beneficiário através dos canais de atendimento da **CONTRATADA**.

13.4.2. As solicitações deverão ser encaminhadas à **CONTRATADA** pelo Beneficiário ou seu representante, que emitirá resposta nos prazos definidos pela legislação e regulamentação vigentes, os quais serão contabilizados a partir da data da solicitação.

13.4.3. Os serviços autorizados deverão ser realizados na rede de atendimento indicada pela **CONTRATADA**, conforme a abrangência geográfica do plano contratado.

13.4.4. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ora contratados poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, pertencentes ou não à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**. No entanto, em todos os casos os atendimentos deverão ser realizados na rede da **CONTRATADA**.

13.4.5. A análise de autorização dos procedimentos e eventos cobertos e previstos neste Contrato e, solicitados pelo médico assistente, serão submetidos à Segunda Opinião Médica, visando melhor elucidação diagnóstica e a segurança do paciente.

13.4.5.1. A Segunda Opinião Médica poderá ser realizada de forma documental ou presencial, a critério do profissional auditor da **CONTRATADA**.

13.4.5.2. Na hipótese de indicação de Segunda Opinião presencial pelo profissional auditor, o Beneficiário estará obrigado a comparecer em consulta agendada para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise para fins de autorização do procedimento solicitado.

13.4.6. As hipóteses de contraindicação do procedimento solicitado, após análise da Segunda opinião, serão submetidas a Junta Médica e/ou Odontológica, para definição do impasse.

13.4.7.1. A Junta Médica e/ou Odontológica será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por profissional da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

13.4.7.2. A escolha de comum acordo do profissional desempatador observará as regras da legislação e regulamentação vigentes à época do procedimento.

13.4.7.3. A critério profissional desempatador, a Junta Médica e/ou Odontológica poderá ser documental ou presencial, ou ainda conter solicitação de exames complementares.

13.4.7.4. Sendo indicada a junta presencial ou a realização de exames complementares, é obrigatório o comparecimento do beneficiário para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise do profissional desempatador e, conseqüentemente, a conclusão da Junta e a autorização do procedimento.

13.4.8. Os impasses quanto a indicação de materiais especiais, órteses ou próteses também serão sanados via o processo da Junta Médica e/ou Odontológica.

13.4.8.1. O profissional assistente, solicitante do procedimento submetido a Junta Médica e/ou Odontológica, deverá justificar clinicamente a indicação das órteses, próteses ou dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos e, oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

13.4.8.2. A **CONTRATADA** instaurará Junta Médica e/ou Odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou nas hipóteses em que discordar das marcas indicadas, após análise da Segunda Opinião.

13.4.8.3. A **CONTRATADA** se obrigará ao parecer do profissional desempatador, seja pela cobertura ou pela não realização do procedimento solicitado, sem prejuízo de consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica.

13.5. Gerenciamento de Ações em Saúde

13.5.1. As solicitações de internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos ou exames efetuados por profissional pertencentes ou não à Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA** poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da **CONTRATADA** e observadas as regras contratuais de Segunda opinião e Junta Médica, contudo o procedimento será exclusivamente realizado por profissionais credenciados e na Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**.

13.5.2. Os atendimentos relativos às especialidades abaixo relacionadas estarão sujeitos a Direcionamento exclusivamente a profissional e prestador da Rede Própria ou Credenciada disponibilizados no momento da autorização do procedimento:

- a) Ortopedia (cirurgias ortopédicas eletivas);
- b) Oncologia;
- c) Procedimentos eletivos na especialidade de Buco Maxilo Facial;
- d) Cirurgias Gástricas eletivas;
- e) Acompanhamento de Gestação de Risco;
- f) Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas);
- g) Neurocirurgias eletivas;
- h) Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos);

- i) Internação de Urgência e Emergência;
- j) Transplantes.

13.5.2.1. O direcionamento à profissional e/ou estabelecimento de saúde conforme item 13.5.1. não dispensa a análise prévia de autorização pela **CONTRATADA**, de acordo com as coberturas contratadas.

13.5.2.2. A **CONTRATADA** poderá realizar o Direcionamento exclusivamente a profissional e prestador da Rede Própria ou Credenciada nas hipóteses de terapias multidisciplinares que envolvam sessões de fonoaudiologia, psicoterapia e terapia ocupacional.

13.5.2.4. Os prestadores credenciados que demandam encaminhamento prévio estão descritos no Manual de Rede Credenciada, disponibilizado no portal da operadora www.gndisul.com.br ou através da Central de Atendimento.

13.6. Não Comparecimento em Consultas na Rede Própria (“No show”)

13.6.1. Fica estabelecido que na hipótese de não comparecimento do Beneficiário nas consultas médicas agendadas na Rede Própria da **CONTRATADA**, sem que o mesmo desmarque com antecedência mínima de 12 (doze) horas, será cobrado à título de multa pelo não comparecimento por consulta o valor descrito conforme material disponível no site da **CONTRATADA** (www.gndisul.com.br) e nos demais canais de atendimento informados no referido site.

13.7. Rede Credenciada e suas alterações

13.7.1. A rede credenciada hospitalar e não hospitalar, para disponibilização das coberturas contratadas e observada a abrangência geográfica do plano contrato estará disponível no portal da operadora, assim como pode ser consultada via Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

13.7.1.1. As alterações de rede hospitalar e não hospitalar, correspondentes às substituições de prestadores e/ou informações de descredenciamento com a indicação do prestador apto a absorver o respectivo atendimento estarão disponíveis no portal da operadora no link correspondente a REDE DE ATENDIMENTO.

13.7.2. É facultada a substituição de entidade hospitalar ou não hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, ou demais hipóteses permitidas por lei ou pelas normativas em vigor.

13.7.2.1. Exclusivamente para as substituições hospitalares a substituição deve ser precedida de comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com 30 (trinta) dias de antecedência.

13.7.3. Na hipótese da substituição hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a **CONTRATADA**, a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério médico na forma do contrato, com exceção aos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante período

de internação, quando a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência e sem ônus adicional para o Beneficiário.

13.7.4. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução a **CONTRATADA** deverá solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS autorização expressa para tanto, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para os Beneficiários.

13.7.5. A inclusão de qualquer entidade hospitalar implica compromisso para com os Beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência do contrato (artigo 17 da Lei nº 9.656/98).

13.8. Coparticipação e Franquia

13.8.1. Entende-se como franquia, nos termos da legislação e regulamentação vigentes, como o valor financeiro previamente estabelecido em contrato, até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento à rede própria, credenciada ou referenciada.

13.8.2. Entende-se como coparticipação a importância, além da contraprestação mensal, a ser paga pelo **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, para o custeio de parte da despesa de determinado procedimento a ser realizado por ele ou seus dependentes.

13.8.2.1. O pagamento da coparticipação pela **CONTRATANTE** deverá ser realizado no percentual e no limite máximo de cobrança previstos neste instrumento ou na TABELA DE VENDAS ou na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO que, assinados pelas Partes, são parte integrante e indissolúvel do presente Contrato.

13.8.2.2. As Partes esclarecem que a coparticipação é devida individualmente por cada consulta (eletiva ou urgência/emergência), exames (simples e complexos), sessões e terapias (simples e complexas), incluindo, mas não se limitando, a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo de transtornos globais do desenvolvimento, compreendendo ainda métodos e técnicas de transtorno do espectro autista.

13.8.3. Os valores a título de franquia e coparticipação, quando previstas no plano contratado, constarão na TABELA DE VENDAS ou na PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ou no presente Contrato e serão anualmente reajustados de acordo com a data base e percentual aplicado às contraprestações pecuniárias mensais. Estes pagamentos serão efetuados por meios eletrônicos disponibilizados pela **CONTRATADA** quando forem realizados na rede própria.

13.8.4. Estabelecem as Partes que será devida a franquia e/ou coparticipação nas hipóteses em que a **CONTRATADA**, por mera liberalidade, vier a autorizar procedimentos não compreendidos nas coberturas previstas no presente Contrato, como, por exemplo, o **home-care**, assim entendidas as internações domiciliares, seja em substituição de internações hospitalares convencionais ou não.

14. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

14.1. A contraprestação financeira dos serviços de assistência à saúde ora contratados será devida pelo beneficiário contratante, seu Representante Legal ou o Responsável

Financeiro.

14.2. Será admitida assunção de responsabilidade financeira do presente contrato por pessoa física diversa do contratante, que no ato da contratação assume total responsabilidade por todo e qualquer ônus financeiro decorrente dos serviços ora contratados.

14.3. Formação de preço

14.3.1. O preço dos serviços de assistência à saúde contratos é fixado na forma de preço preestabelecido per capita através de contraprestação pecuniária mensal, correspondente ao período de 01 (um) mês de cobertura, independente da data de vencimento.

14.3.2. O valor da contraprestação pecuniária mensal encontra-se fixado na Proposta de Contratação e/ou tabela de preços que regulará as condições desta contratação.

14.4. Pagamento da Contraprestação Pecuniária Mensal

14.4.1. A data de vencimento para o pagamento da Contraprestação Pecuniária Mensal é informada na Proposta de Contratação, que integra este contrato para todos os fins.

14.4.2. A boleto para pagamento da contraprestação pecuniária mensal será enviado ao endereço eletrônico informado na proposta de contratação, bem como estará disponibilizada no Portal do **CONTRATADA** (www.gndisul.com.br), observando antecedência da data do respectivo vencimento para eventual consulta.

14.4.3. Todos e quaisquer valores devidos por força deste Contrato e que não forem quitados nos prazos previstos serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), além de juros moratórios, na razão de 1% (um por cento) ao mês ou fração deste, incidente sobre o valor atualizado. Tais acréscimos serão devidos a partir do dia seguinte ao prazo estipulado para o pagamento, independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à parte inadimplente.

15. REAJUSTE ANUAL DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

15.1. A contraprestação pecuniária mensal será reajustada nos termos da Lei nº 9.656/98 e suas atualizações e da regulamentação vigente específica editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que estabelece as normas para reajustes das contraprestações pecuniárias mensais dos planos privados de Assistência à Saúde na segmentação Individual, ou, na ausência deste, pelo índice Setorial que possa vir a ser criado. Na impossibilidade de utilização dos índices anteriores será aplicado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

15.2. A aplicação do índice de reajuste da Contraprestação Pecuniária Mensal ocorrerá sempre anualmente e no mês de aniversário do Contrato e nos percentuais previamente autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

16. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

16.1. Independentemente do reajuste anual por variação de custos, as contraprestações pecuniárias mensais serão também reajustadas sempre que, no transcurso da vigência deste Contrato, ocorrer mudança de faixa etária do Beneficiário, de acordo com os valores

então vigentes.

16.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior a variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixa, conforme previsto na legislação e regulamentação vigentes.

16.3. A variação do preço em razão da alteração da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite abaixo prevista, sendo o reajuste aplicado no mês subsequente, conforme faixas etárias e percentuais constantes da tabela a seguir:

FAIXAS ETÁRIAS	PERCENTUAIS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA
0 – 18 anos	0,00%
19 – 23 anos	34,98%
24 – 28 anos	18,18%
29 – 33 anos	4,48%
34 – 38 anos	3,34%
39 – 43 anos	10,00%
44 – 48 anos	30,00%
49 – 53 anos	30,00%
54 – 58 anos	30,00%
59 anos ou +	44,13%

17. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1 A perda da qualidade de Beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

- A pedido do Beneficiário, sem prejuízo das demais condições estabelecidas no Contrato;
- Quando identificado pela **CONTRATADA** infrações ou fraudes praticados pelo Beneficiário Titular, de qualquer natureza com o objetivo de obter vantagens ilícitas para si ou para outrem;
- Em caso de óbito do Beneficiário;
- Pela perda da condição de dependência, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas na Cláusula Condições de Admissão.

17.2 Em conformidade com o quanto disposto na legislação e regulamentação vigentes, o Beneficiário Titular poderá solicitar a sua exclusão, ou a de seus dependentes, que terá efeito imediato e caráter irrevogável a partir da data de ciência da **CONTRATADA**, através dos seguintes meios:

- Presencialmente, na sede da **CONTRATADA**;
- Por meio da Central de Atendimento;
- Por meio do portal da operadora www.gndisul.com.br.

17.3. Ressalvada a hipótese de rescisão prevista neste instrumento, a extinção do vínculo do Beneficiário Titular não extingue o Contrato, sendo assegurado aos Beneficiários Dependentes já inscritos o direito de manutenção nas mesmas condições contratuais, desde que assumam as obrigações dele decorrentes, inclusive com a indicação de um responsável pelo pagamento das contraprestações pecuniárias relativas ao plano de

saúde, ressalvado que os mesmos permaneceram com a condição Beneficiários Dependentes em relação aos Beneficiário Titular.

17.4. O disposto no item 17.3 não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da contraprestação pecuniária.

18. RESCISÃO

18.1. A **CONTRATADA** poderá suspender ou rescindir o presente Contrato unilateralmente nas seguintes hipóteses:

- a) Caso ocorra atraso no pagamento da(s) contraprestação(ões) pecuniária(s) por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo e desde que o **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
- b) Nos casos comprovados de fraude, perdendo o Beneficiário Titular, e eventuais Beneficiários Dependentes, quaisquer direitos acerca dos serviços e coberturas previstos no presente Contrato e sem direito à devolução de qualquer quantia paga.

18.2. Em qualquer hipótese de rescisão/cancelamento do presente Contrato, este não prejudicará a cobrança das contraprestações pecuniárias vencidas durante a vigência do contrato, as quais as partes declaram-se cientes e concordes que tratam-se de dívida líquida e certa, inclusive quanto à eventuais multas e juros de mora, podendo o nome da parte devedora ser incluído no banco de dados dos órgãos de proteção ao crédito.

18.3. Nos termos da legislação e regulamentação vigentes, terá o **CONTRATANTE** o direito de rescindir unilateralmente o presente Contrato a qualquer tempo, sendo certo que na hipótese de rescisão antes do término do primeiro ano de vigência do Contrato o **CONTRATANTE** pagará multa de 10% (dez por cento) sobre o valor das contraprestações pecuniárias restantes para se completar os primeiros 12 (doze) meses em favor da **CONTRATADA**.

19. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

19.1. As Partes, em comum acordo, submetem-se ao cumprimento dos deveres e obrigações referentes à proteção de Dados Pessoais e se obrigam a tratar os Dados Pessoais coletados no âmbito do presente Contrato, se houver, de acordo com a legislação vigente aplicável, incluindo, mas não se limitando à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados” ou “LGPD”), no que couber e conforme aplicável, e a regulamentação pertinente, tais como as regras da ANS. As Partes, deverão também garantir que seus empregados, agentes e subcontratados, quando compartilhados com estes, observem os dispositivos dos diplomas legais em referência relacionados à proteção de dados, incluindo, mas não se limitando, à LGPD.

19.2. Cada Parte deverá assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte tenham sido coletados em conformidade com a legislação aplicável. As Partes deverão tomar as medidas necessárias, incluindo fornecer informações adequadas aos titulares de dados e garantir a existência de uma base legal, para que a outra Parte tenha o direito de receber tais Dados Pessoais para os fins previstos neste Contrato. A Parte que fornecer os Dados Pessoais deve se responsabilizar pelo envio seguro de tais dados para a outra Parte.

19.2.1. A **CONTRATANTE** reconhece que, para fins da gestão administrativa e

prestação dos serviços de assistência à saúde e demais serviços contratados pelo presente Contrato, a **CONTRATADA** necessita receber e tratar todos os Dados Pessoais mencionados no presente Contrato ou nos demais documentos que regulam a relação com a **CONTRATANTE** ou com os Beneficiários, bem como outros que possam vir a ser necessários no caso concreto. A **CONTRATADA** poderá receber esses Dados Pessoais do próprio **CONTRATANTE**, de corretores que intermediam a relação com a **CONTRATADA** e, no decorrer do uso dos serviços de assistência à saúde, a **CONTRATADA** receberá os Dados Pessoais do Beneficiário, da Rede Credenciada, da Rede Própria ou de outros atores envolvidos na prestação dos serviços. A **CONTRATADA** não será responsável por eventuais danos causados pelo tratamento de Dados Pessoais desatualizados, imprecisos ou de qualquer forma incorretos que tenha recebido.

19.2.2. Os Dados Pessoais serão tratados nos termos do presente Contrato, da legislação aplicável e das demais políticas e documentos aplicáveis a presente relação. A título exemplificativo, a **CONTRATADA** tratará Dados Pessoais para (i) elaborar proposta de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e/ou dental mais aderente às necessidades da **CONTRATANTE** e de seus colaboradores, (ii) gestão do início da relação com a **CONTRATANTE** e com o Beneficiário, incluindo, mas não se limitando a verificação de elegibilidade contratual e cadastro para emissão de carteirinha de plano de saúde; (iii) confirmação da identidade via dados pessoais, como RG, CPF, data de nascimento e nome da mãe do Beneficiário para fins de atendimento e identificação da abrangência e padrão de acomodação do contrato de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e/ou dental; (iv) manutenção e gestão dos contratos existentes e valores devidos; (v) fornecimento geral de atendimento ao Beneficiário e ao **CONTRATANTE**; (vi) atendimento de órgãos reguladores e obrigações legais ou regulatórias, conforme aplicável; (vii) cumprimento de ordem judicial e instrução de processos judiciais; (viii) realização de reembolso; (ix) aprimoramento dos serviços da **CONTRATADA** e da relação com o Beneficiário e com a **CONTRATANTE**; (x) realização de pesquisas de satisfação; (xi) envio de comunicações aos Beneficiários pertinentes à prestação de serviços contratados; (xii) participação do Beneficiário em programas de saúde que venham a ser ofertados pela **CONTRATADA**; (xiii) continuidade do tratamento do Beneficiário em regime de internação domiciliar (“home care”); (xiv) disponibilização do clube de benefícios e vantagens (“Interclube”) da **CONTRATADA**; (xv) tratativas realizadas pelos canais de comunicação e/ou atendimento da **CONTRATADA**; (xvi) contato com beneficiário para esclarecimentos a respeito da sua Declaração de Saúde, entre outros; (xvii) para fins de auditoria para pagamento de contas a prestadores de serviços médicos e acompanhamento de indicadores de qualidade.

19.2.3. A **CONTRATANTE** reconhece ainda que, conforme necessário para a gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência à saúde e demais contratados, a **CONTRATADA** poderá compartilhar os Dados Pessoais com empresas do mesmo grupo econômico ou com terceiros fornecedores ou prestadores de serviço autorizados, tais como auditores médicos, equipe médica, unidades de saúde, prestadores médicos credenciados, seguradoras e operadoras de planos de saúde, institutos de pesquisa de opinião e científica, laboratórios farmacêuticos, fornecedores logísticos, empresas de conectividade com a rede credenciada de prestadores de serviços médicos, dentre outros, sendo que tais terceiros tratarão os Dados Pessoais exclusivamente para as finalidades permitidas pela **CONTRATADA**.

19.4. Se qualquer uma das Partes receber uma reclamação, consulta ou solicitação de um

titular de dados em relação ao tratamento de Dados Pessoais (incluindo, sem limitação, qualquer solicitação de acesso, retificação, exclusão, portabilidade ou restrição de tratamento de dados pessoais) de acordo com o Artigo 18 da LGPD e, caso a assistência da outra Parte seja necessária para responder a reclamação, consulta e/ou solicitação, essa Parte deverá notificar a outra Parte, dentro de cinco (5) dias úteis. Neste caso, a Parte notificada cooperará com a Parte notificante;

19.5. Cada Parte será individualmente responsável pelo cumprimento de suas obrigações decorrentes da LGPD e de eventuais regulamentações emitidas posteriormente por autoridade reguladora competente.

19.6. Cada Parte se compromete a manter os Dados Pessoais em sigilo, adotando medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os Dados Pessoais contra acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão (“Tratamento não Autorizado ou Incidente”).

19.6.1. Cada Parte notificará a outra Parte por escrito, em até 72 horas, sobre qualquer Tratamento não Autorizado ou Incidente ou violação das disposições desta Cláusula, ou se qualquer notificação, reclamação, consulta ou solicitação for feita por uma autoridade reguladora devido ao tratamento dos Dados Pessoais relacionado a este Contrato. Tal notificação deverá conter, no mínimo: (i) a descrição da natureza dos dados pessoais afetados; (ii) informações sobre os titulares envolvidos; (iii) informação sobre as medidas técnicas e de segurança utilizadas para a proteção dos dados; (iv) os riscos relacionados ao incidente; (v) os motivos da demora, no caso de a comunicação não ter sido imediata; e (vi) as medidas que foram ou que serão adotadas para reverter ou mitigar os efeitos do prejuízo causado.

19.7. Cada Parte será responsável perante a outra Parte (“Parte Prejudicada”) por quaisquer danos causados em decorrência (i) da violação de suas obrigações no âmbito deste Contrato ou (ii) da violação de qualquer direito dos titulares de dados, devendo ressarcir a Parte Prejudicada por todo e qualquer gasto, custo, despesas, honorários de advogados e custas processuais efetivamente incorridos ou indenização/multa paga em decorrência de tal violação.

19.7.1. Para fins do disposto nesta Cláusula, caso a Parte Prejudicada receba qualquer reivindicação que deva ser indenizada pela outra Parte, ela deverá: (i) notificar a Parte responsável, conforme Cláusula 19.4; (ii) conceder à Parte responsável controle exclusivo sobre a demanda; (iii) abster de praticar qualquer ato ou assinar qualquer acordo, sem a prévia anuência da Parte responsável.

19.7.2. A Parte responsável poderá escolher assessores legais da sua confiança, devendo arcar com todos os custos, despesas e honorários para a defesa da Parte demandada, sem prejuízo da Parte Prejudicada, a seu critério e expensas, contratar assessor próprio.

19.8. Sem prejuízo de eventual cooperação em conjunto no caso de atendimento de direitos dos titulares e notificação sobre Tratamento não Autorizado ou Incidente, as Partes respondem perante as autoridades competentes, por seus próprios atos e omissões que deram causa ao descumprimento da legislação e normas aplicáveis.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1. A **CONTRATADA** não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que

não esteja assinada por pessoa autorizada e que não sejam aquelas deste Contrato, exceto se previamente aprovados pela **CONTRATADA** por escrito.

20.2. Os direitos relativos ao presente Contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados sem a anuência de ambas as partes.

20.3. A **CONTRATADA**, como Operadora de planos privados de assistência à saúde, está registrada nos Conselhos Regionais de Classe, sob responsabilidade de diretor técnico médico e/ou odontológico e promove todas as ações necessárias para a observância da legislação relativa ao sigilo médico.

20.4. Não cabe ao Beneficiário e/ou Responsável Econômico-Financeiro pleitear qualquer ressarcimento pecuniário decorrente de atendimento fora do plano contratado e alheios às formas de operação dos planos privados de assistência à saúde da **CONTRATADA**.

20.5. Constatada fraude ou violação contratual do Beneficiário a **CONTRATADA** poderá buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

20.6. A **CONTRATADA** mantém as Agências de Atendimento disponíveis nos locais divulgados no portal da operadora (www.gndisul.com.br) para informações gerais, orientações, esclarecimentos e para solucionar eventuais divergências de qualquer natureza que possam ocorrer referentes aos serviços prestados.

20.6.1. Quando houver divergências, a **CONTRATADA** providenciará para que o fato seja esclarecido de imediato, quando possível, ou em até 10 (dez) dias úteis, quando for necessário apuração através de documentos ou informações que não estejam em poder do Beneficiário ou da **CONTRATADA**.

20.6.2. O prazo para esclarecimento poderá ser prorrogado por igual período quando a apuração do fato depende de diligência ou remessa de documentação necessária para garantir o esclarecimento necessário.

20.7. O relacionamento da **CONTRATADA** e das Empresas do seu Grupo Empresarial, com seus fornecedores, parceiros e clientes são pautados no Código de Conduta Ética e Programa de *Compliance* disponibilizados nos sites (www.gndi.com.br) e (<https://ri.gndi.com.br/>), sendo certo que qualquer prática contrária aos seus conteúdos, serão consideradas nulas para todos os fins e efeitos, podendo, ainda, constituir causa bastante para rescisão deste contrato se constatada a participação ou concorrência da outra parte contratante para configuração da infração, em especial nas hipóteses de corrupção previstas na legislação vigente. Em caso de denúncias relacionadas a violação de leis, regulamentos e/ou políticas do Grupo Empresarial, a comunicação poderá ocorrer pelos canais de denúncias independentes, de forma anônima, pelo e-mail: gndi@canaldedenuncia.com.br, pelo site www.canaldedenuncia.com.br/gndi/, ou pelo telefone 0800 025 8856. Fica ainda disponível para dirimir dúvidas e inconformidades o e-mail compliance@intermedica.com.br.

20.8. Em todas as hipóteses de reembolso das despesas médico-hospitalares, se previstas no presente Contrato, poderá a **CONTRATADA** exigir, além da documentação elencada, todos e quaisquer comprovantes para que seja demonstrado de maneira inequívoca que o pagamento se deu às expensas do Beneficiário para o prestador de serviços médico-hospitalares, desde a origem dos valores até o efetivo pagamento, incluindo, mas não a

estes limitados, comprovante de transferência ou depósito bancário, comprovante de PIX ou de compensação de cheque, fatura de cartões de crédito, extratos bancários, dentre outros.

20.9. Visando resguardar o objeto da presente contratação, que define as condições e a abrangência de cobertura dos planos contratados, bem como resguardar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e a continuidade da garantia dos serviços, fica o CONTRATANTE ciente de que arcará financeiramente com todos os custos relativos aos procedimentos que a CONTRATADA for compelida a realizar, por força de medida judicial e/ou administrativa, aos quais o BENEFICIÁRIO não tenha direito, por não serem de cobertura obrigatória.

20.9.1. Na hipótese prevista no item anterior, serão aplicados os mesmos mecanismos de regulação e suas particularidades estabelecidos neste Contrato, inclusive os financeiros, conforme os valores previstos em tabela que poderá ser consultada através dos canais de atendimento da CONTRATADA, valores estes que serão atualizados anualmente.

20.10. Em conformidade com as normas vigentes, as Partes admitem e concordam, para todos os fins e efeitos de direito, que a assinatura eletrônica da proposta de contratação referente ao presente contrato supre a assinatura deste instrumento, pelo que reconhecem, desde já, sua autoria, validade, eficácia, integridade e autenticidade, ainda que sem a aplicação de certificado digital.

20.11. As custas advocatícias e o valor principal reclamado, de quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato após dirimidas pelo Poder Judiciário, ficarão para a parte vencida que às restituirá à outra parte.

20.12. Naquilo que eventualmente colidir com este Contrato, prevalece em quaisquer das cláusulas, a Lei nº 9.656 de 03/06/98, as Medidas Provisórias, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, a Lei nº 9.961 de 28/01/00 e as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, em vigor na data de assinatura deste Contrato e na data da realização dos eventos, quando o caso, bem como as suas atualizações.

20.13. Fazem parte integralmente do presente contrato como se nele estivessem transcritos, para todos os fins de direito a Proposta de Contratação, a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

20.14. O **CONTRATANTE** se obriga a comunicar a **CONTRATADA** toda e qualquer situação de alteração fática que tenha relevância neste contrato, como em caso de mudança de endereço ou telefone, entre outras. Caso não o faça, assumirá inteira responsabilidade por eventuais danos ou transtornos que ocorram por comunicados e cobranças que deixar de receber.

20.15. O **CONTRATANTE** compromete-se a enviar toda e qualquer documentação e/ou informação que venha a ser solicitada pela **CONTRATADA** para apresentação nos processos que envolvam o Ressarcimento ao SUS, em atenção ao artigo 32, da Lei n.º 9656/98, durante e depois de finda a vigência do presente contrato, que se refiram aos Beneficiários vinculados a este contrato, no prazo máximo de 05 (cinco) dias.

21. FORO

21.1. Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

Operadora: CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
CNPJ: 76.882.612/0001-17
Nº de registro na ANS: 340782
Nº de registro do produto: 486.333/20-0
Site: www.gndisul.com.br
Tel.: 0800-545-3001

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	10
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	10
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	10
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	10
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	11
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	28
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, a que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	31

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	30
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	32
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	12 meses
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	41
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	39
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	N/A

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



WWW.GNDISUL.COM.BR



ANS nº 368253

ANS nº 359017

ANS nº 340782