CONDIÇÕES GERAIS
NOTRELIFE AMB - SP

Onde há vida,

hapvida

NotreDame Intermédica

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL (11.2024.001)

ÍNDICE

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES 3
CAPÍTULO II – CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL 9
1. DO OBJETO 9
2. DA NATUREZA 9
3. CARACTERÍSTICAS DO PLANO CONTRATADO 10
4. CONDIÇÃO DE ADMISSÃO 10
5. DAS COBERTURAS 12
6. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA 14
7. GARANTIA DE ATENDIMENTO 21
8. REMOÇÕES INTER-HOSPITALARES TERRESTRES 22
9. GARANTIA DE TRANSPORTE 24
10. EXCLUSÕES DE COBERTURA 25
11. DURAÇÃO DO CONTRATO 27
12. CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA 27
13. MECANISMOS DE REGULAÇÃO 29
14. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA 35
15. REAJUSTE ANUAL DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL 35
16. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA 36
17. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 36
18. RESCISÃO 37
19. POLÍTICA DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS 38
20. DISPOSIÇÕES GERAIS 39
22. FORO 41

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL/FAMILIAR NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

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 ele 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 seu Portal na internet, 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 E TERMO DE RESPONSABILIDADE
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 **Beneficiário**, 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 **Beneficiário**.

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. 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**.

35. 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.

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

37. 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.

38. 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.

39. 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.

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

41. 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.

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

43. 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.

44. REDE DA CONTRATADA
É aquela composta pelas Redes Própria e Credenciada.

45. 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**.

46. 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.

47. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE
É a lista de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. O Rol de Procedimentos está disponível no portal da ANS, no endereço: www.gov.br/ans.

48. 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.

49. 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

Por este instrumento de Contrato Principal, de um lado a **NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, com sede na Avenida Paulista, nº 867 – Bela Vista, na cidade de São Paulo, estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob o nº 44.649.812/0001-38 e registrada na ANS sob o nº 359017, 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 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

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 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 em que a CONTRATADA disponibilizar a comercialização eletrônica do plano objeto do presente Contrato, observada a legislação e regulamentação vigentes, 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 **CONTRATATA** obriga-se a devolver os valores efetivamente pagos pelo Proponente sem qualisquer ônus, ressalvada a possibilidade de desconto dos valores relativos ao custeio de eventos/procedimentos realizados pelo(s) beneficiário(s), limitado ao valor da multa rescisário prevista no presente Contrato.

3. CARACTERÍSTICAS DO PLANO CONTRATADO

3.1. Nome: NOTRELIFE AMBULATORIAL SP COPAY

3.2. Número de registro: 495.367/23-3

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.

3.5. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Grupo de Municípios: Americana, Nova Odessa, Osasco, Arujá, Barueri, Poá, Praia Grande, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Ribeirão Preto, Rio Grande da Serra, Santa Bárbara d'Oeste, Carapicuíba, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu das Artes, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Hortolândia, Itapevi, Santa Isabel, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Sumaré, Suzano, Taboão da Serra, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Valinhos, Várzea Paulista, Vinhedo, Votorantim, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá e Mogi das Cruzes.

3.6. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO HOSPITALAR

3.6.1. Não aplicável ao plano contratado.

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 com até 49 (quarenta e nove) anos completos (49 anos, 11 meses e 29 dias) ou de qualquer idade se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;
c) Os tutelados e os menores sob guarda nas mesmas condições previstas no item imediatamente acima e de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente;
d) Agregados: os demais parentes do Beneficiário Tirular, consanguíneos até o 3º (terceiro) grau ou por afinidade até o 2º grau.

4.1.2. 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 decumento de identifdade 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;
f) Agregados: toda e qualquer documentação oficial que comprove o parentesco com o Benefíciario Titular observados os limites previstos na alínea “d” do item 4.1.1 acima, compreendendo, mas não a estas limitadas, certidões de nascimento, casamento, assim como documentos de identidade com foto.

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.

4.3. Alteração de plano: na hipótese de alteração de plano para outro plano comercializado pela CONTRATADA em que seja garantido acesso à rede de prestadores próprios ou credenciados não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, serão aproveitados os prazos de carências já cumpridos pelo Beneficiário, contudo será aplicada carência de 180 (cento e oitenta) dias exclusivamente para a nova rede de prestadores credenciados ou próprios e para a acomodação superior em caso de internações.

4.3.1. O prazo de carência previsto no item imediatamente anterior não será aplicável à rede de prestadores próprios ou credenciados e padrão de acomodação em internações constantes do plano anterior, observados eventuais prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário naquele plano.

4.3.2. Em caso de alteração de plano, fica consignado que todos os Beneficiários serão automaticamente transferidos para este novo plano.

5. DAS COBERTURAS

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.gov.br/ans.

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 anestesiologista 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.

5.2. Cobertura ambulatorial

5.2.1. Consultas médicas: cobertura de consultas médicas, 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.

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 conforme indicação do médico assistente e de acordo com o quanto estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento.

5.2.2.4. Cobertura de psicoterapia, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente e de acordo com o quanto estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento.

5.2.2.5. Os serviços de Diagnose e Terapia denominados Exames/Terapias Simples e Especiais, terão a guia de autorização emitida presencialmente nos locais informados pela CONTRATADA.

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.

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 (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão).

6.2. Tratando-se de um contrato cuja segmentação é ambulatorial, é obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura dos casos classificados como atendimentos de urgência e/ou emergência abaixo conceituados, os quais serão limitados às 12 (doze) primeiras horas do atendimento:

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.

6.2.1. Nas hipóteses de atendimentos de urgência e/ou emergência acima e em que forem necessários procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, serão cessadas as coberturas de responsabilidade da **CONTRATADA**, sendo certo que nestas hipóteses a **CONTRATANTE** passará ser a responsável financeira, não recaindo quaisquer ônus à **CONTRATADA.**

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.

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 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 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 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**, 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:

REEMBOLSO = Nº de US x Valor US x Múltiplo do Plano + 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 US R$ 1,00
Múltiplo de reembolso para Consultas Médicas do plano –1X Tabela de Reembolso

Valor do reembolso = 75 x 1,00 x 1 = 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 x 1,00 x 1 + 7,95 = 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 x 1,00 x 1 + 8,48 = 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 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.

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. Atendimentos de Urgência/Emergência em pronto socorro/pronto atendimento - 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 em pronto socorro/pronto atendimento, 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, devidamente preenchido pelo médico assistente do paciente, com as informações médicas referentes ao evento, diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, quantidade de visitas realizadas e respectivas datas;
g) Quando houver a retirada de tecidos, deverá ser anexado o laudo do exame anatomopatológico e cópia da transcrição cirúrgica;
h) Relatório médico preenchido pelo médico assistente, contendo a descrição de todos os procedimentos utilizados com justificativa da urgência ou emergência. Quando houver retirada tecidos, 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 numerário 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, 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, 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 da **CONTRATADA**, 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 vinculados às respectivas segmentações assistenciais do produto contratado, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;

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 ou que seja vinculado à segmentação hospitalar com ou sem obstetrícia;

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", assim

entendidas as internações domiciliares, seja em substituição de internações hospitalares convencionais ou não.

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.

10.2. Exclusão de Internações Hospitalares, Clínicas ou Cirúrgicas:

10.2.1. Não será garantida qualquer modalidade de internação hospitalar, clínica ou cirúrgica, bem como qualquer internação domiciliar (HOME CARE), seja em substituição à internação hospitalar ou não, e ainda que solicitada ou prescrita pelo médico assistente do beneficiário.

10.2.2. No caso de necessidade de internação hospitalar, cuja cobertura está excluída nesta cláusula, o BENEFICIÁRIO poderá optar pela continuidade do atendimento na rede própria da CONTRATADA, assumindo todos os custos de forma particular, podendo consultar no site (www.gndi.com.br) os valores praticados pela CONTRATADA.

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:

Itens	Procedimentos	Carências
1	Atendimento de Urgência/Emergência	24 Horas

2	**Consultas Médicas – Rede Própria**	**30 Dias**
3	**Consultas Médicas – Rede Credenciada**	**30 Dias**
4	**Exames Simples – Rede Própria**	**30 Dias**
5	**Exames Simples – Rede Credenciada**	**30 Dias**
6	**Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Própria**	**180 Dias**
7	**Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Credenciada**	**180 Dias**
8	**Exames Especiais e demais procedimentos - Rede Própria**	**180 Dias**
9	**Exames Especiais e demais procedimentos - Rede Credenciada**	**180 Dias**
10	**Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Diálise e Hemoterapia e Terapias Especiais com DUT (Terapia Antineoplásica Oral, Terapia Imunobiológica, Terapias isoladas ou multidisciplinares com métodos específicos - ABA, BOBATH e outras) e outros procedimentos cobertos não previstos nos demais itens**	**180 Dias**

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 sua inclusão do(s) beneficiário(s) no presente Contrato.

12.1.2. A descrição, diferenciação e/ou quaisquer dúvidas conceituais do quadro acima (quadro de carência), tais como exames simples, complexos e/ou de alto custo, estarão disponíveis para consulta no site da operadora (www.gndi.com.br**).**

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 assuma 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. Nas hipóteses em que não for realizada perícia no ato da contratação, 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 por meio do Termo de Comunicação ao Beneficiário e nos termos na Resolução Normativa em vigor:**

a) O oferecimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT pelos meses restantes para completar 24 (vinte e quatro) meses da data de adesão do Beneficiário e a ser contabilizada a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário;

b) Alternativamente ao oferecimento da Cobertura Parcial Temporária - CPT prevista na alínea anterior, será uma faculdade exclusiva da **CONTRATADA** oferecer Agravo pelo mesmo período.

12.4.6. Caso o **Beneficiário** não concorde com esta alegação, a **CONTRATADA** encaminhará à ANS a documentação pertinente, 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** da existência da mesma.

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**.

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**.

13.1.1.3. Além das hipóteses acima a **CONTRATADA** disponibiliza aos Beneficiários, em seu portal na internet 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. As despesas decorrentes da utilização dos serviços de forma indevida, por não devolução das Carteiras de identificação quando do cancelamento do Contrato ou utilização das mesmas por terceiros, serão de responsabilidade do Beneficiário e/ou Responsável Financeiro.

13.1.5. A **CONTRATADA** disponibiliza ao **CONTRATANTE** através do portal da **CONTRATADA** 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 recadastramento 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. Porta de Entrada e Direcionamento de Rede

13.2.1. Consultas serão realizadas prioritariamente nos Centros Clínicos próprios da **CONTRATADA**. Quando não houver disponibilidade das especialidades básicas nos Centros Clínicos próprios, as consultas serão realizadas nos consultórios credenciados por meio do Autorizador, sempre respeitando os municípios previstos na abrangência geográfica do plano contratado.

13.2.1.1. As consultas com médicos das demais especialidades somente poderão ser realizadas nos Centros Clínicos ou na Rede Credenciada, desde que seja precedida de consulta realizada em especialidade básica nos Centros Clínicos ou na Rede Credenciada, mediante Autorizador.

13.2.2. Haverá uma rede de consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais exclusivos para o plano contratado, que serão priorizados para todo e qualquer atendimento de acordo com as coberturas contratadas.

13.2.2.1. A rede assistencial a que se refere o item imediatamente anterior estará disponível para consulta no portal da operadora de acordo com o plano contratado.

13.2.3. Os procedimentos contratados e autorizados e serão exclusivamente executados por profissionais credenciados ao plano contratado e realizados na rede assistencial pertencente à Rede Própria vinculada ao plano contratado, ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestador previstas na legislação e regulamentação vigentes.

13.2.3.1. O direcionamento a profissional e/ou estabelecimento de saúde conforme item imediatamente anterior será informados na guia de autorização.

13.3. Autorização Prévia

13.3.1. Será obrigatória a solicitação de autorização prévia (guia autorizada) à **CONTRATADA** para a realização de exames, terapias, cirurgias ambulatoriais e remoções, a qual será emitida após análise das solicitações dos procedimentos especificados pelo médico assistente.

13.3.2. As solicitações de procedimentos deverão ser encaminhadas à **CONTRATADA** pelo Beneficiário ou seu responsável, conforme orientações vigentes à época e que poderão ser consultadas através do portal da **CONTRATADA** na internet, no Manual de Orientação ou através da Central de Atendimento, ressalvado que a autorização prévia observará os prazos de resposta ao Beneficiário, assim como eventuais prazos para fins das garantias de atendimento, quando assim aplicáveis, conforme definido na legislação e regulamentação vigentes à época do evento.

13.3.2.1. As solicitações de sessões de Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciados da **CONTRATADA** ou por profissionais não pertencentes à sua rede assistencial, a **CONTRATADA**, analisará a solicitação e mediante Guia de Solicitação/Autorização da **CONTRATADA** será direcionado para um profissional pertencente à sua rede assistencial, devidamente habilitado para a sua realização, cabendo ao **BENEFICIÁRIO** procurar o referido profissional e agendar diretamente com ele o procedimento.

13.3.2.1.1. As Consultas/sessões de terapias, que dependem de autorização prévia, serão garantidas pela **CONTRATADA** em total consonância com a legislação e regulamentação vigente à época do evento e poderão ser autorizadas de forma gradual e contínua, observando-se o pedido do médico solicitante e a previsão do Rol de Procedimento da ANS e suas diretrizes de utilização. O BENEFICIÁRIO realizará os procedimentos previamente autorizados pela **CONTRATADA** e, no caso de procedimentos ou sessões de forma contínua ou em número de sessões determinado, as guias de autorização poderão ser liberadas gradualmente de acordo com a realização das sessões já autorizadas, sendo assegurada a autorização para todos os procedimentos de acordo com o Rol da ANS.

13.3.3. As solicitações pelo médico assistente de exames complementares e terapias, devem ser submetidos à autorização prévia pelo Departamento de Regulação da **CONTRATADA**, que analisará e emitirá as respectivas respostas dentro dos prazos previstos pela legislação e regulamentação vigentes.

13.3.4. 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.

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

13.3.4.2. Na hipótese de indicação de Segunda Opinião presencia 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.

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

13.3.5.1. 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**.

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

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

13.3.5.4. 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, consequentemente, a conclusão da Junta e a autorização do procedimento.

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

13.3.6.1. 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.

13.3.6.2. 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.

13.3.7. 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.

13.4. Gerenciamento de Ações em Saúde

13.4.1. As solicitações de procedimentos ou exames efetuados por profissional não pertencente 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**.

13.4.2. 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. Não Comparecimento em Consultas na Rede Própria ("No show")

13.5.1. 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 24 (vinte e quatro) horas, será cobrado à título de multa pelo não comparecimento por consulta o valor descrito conforme material disponível no site da **CONTRATADA** e nos demais canais de atendimento informados no referido site.

13.5.2. A cobrança prevista no item imediatamente anterior ocorrerá a partir do 3º (terceiro) não comparecimento do Beneficiário às consultas médicas agendadas na Rede Própria da **CONTRATADA** por ano/vigência do Contrato.

13.6. Coparticipação

13.6.1. 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.

13.6.2. 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.

13.6.3. 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.

13.7. Franquia

13.7.1. 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. 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.

13.9. 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**, 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. 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

15.1. 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, nos termos da 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	50,20%
24 – 28 anos	0,00%
29 – 33 anos	0,00%
34 – 38 anos	0,00%
39 – 43 anos	0,00%
44 – 48 anos	0,00%
49 – 53 anos	0,00%
54 – 58 anos	2,46%
59 anos ou +	42,95%

17. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

a) A pedido do Beneficiário, sem prejuízo das demais condições estabelecidas no Contrato;
b) 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;
c) Em caso de óbito do Beneficiário;
d) 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:

a) Presencialmente, na sede da **CONTRATADA**;
b) Por meio da Central de Atendimento;
c) Por meio do portal da **CONTRATADA** na internet.

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 16.3 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 50° (quinquagésimo) dia de inadimplência;

b) Nos casos comprovados de fraude, perdendo o Beneficiário Titular, e eventuais Benelficiários 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. POLÍTICA DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

19.1. O **Beneficiário** reconhece e concorda que, para fins da gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência privada à saúde objetos do presente Contrato, a CONTRATADA precisa manter e tratar dados pessoais relacionados ao presente Contrato ou aos demais documentos que regulam a relação contratual, bem como outros que possam vir a ser necessários. A CONTRATADA poderá receber esses dados pessoais do próprio Beneficiário, de corretores que intermediam a relação com a CONTRATADA e, no decorrer do uso dos serviços de assistência privada à saúde, a CONTRATADA poderá receber os dados pessoais do Beneficiário e de seus Beneficiários dependentes, da Rede Credenciada, da Rede Própria ou de outros atores envolvidos na prestação dos serviços.

19.2. A CONTRATADA, na qualidade de controladora, compromete-se a tratar os dados pessoais do Beneficiário e de seus Beneficiários Dependentes de acordo com a legislação vigente e aplicável em matéria de privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive, mas não se limitando à Lei nº 13.709/2019 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), e em estrita observância ao disposto neste Contrato e tão somente para a finalidade de execução deste, exceto nos casos em que o tratamento seja necessário para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias a que esteja sujeita à CONTRATADA.

19.3. O tratamento de dados pessoais relacionado a este Contrato será regulado pela Política de Privacidade da CONTRATADA disponível em https://www.hapvida.com.br/site/politicas-de-privacidade.

19.4. A título exemplificativo, a CONTRATADA tratará dados pessoais para (i) realização das tratativas prévias à celebração do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde e/ou Odontológica necessária à elaboração da proposta comercial; (ii) execução do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde e/ou Odontológica seja por meio de rede própria e/ou credenciada a depender do produto contratado; (iii) prestação de serviços médicos por meio da rede própria da CONTRATADA; (iv) prestação de serviços de atendimento médico por meio da Telemedicina; (v) cumprir obrigações legais ou regulatórias protegidas por órgãos reguladores das atividades da CONTRATADA (como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Comissão de Valores Mobiliários (CVM), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre outros; (vi) exercício do direito de defesa em processo administrativo, judicial ou arbitral, incluindo a resposta a reclamações apresentadas perante a ouvidoria, Compliance, central de atendimento da CONTRATADA a, órgãos de defesa do consumidor como Procons, IDEC, Senacon, Ministério Público e demais órgãos fiscalizadores; (vii) confirmar a identificação do paciente e/ou paciente, investigar e prevenir possíveis infrações, irregularidades ou fraudes e, também, condutas; (viii) desenvolver e aperfeiçoar os recursos e as funcionalidades dos sites, aplicativos, produtos e serviços da CONTRATADA, para proporcionar uma melhor experiência para você (Beneficiário); (ix) liberação de reembolso; (x) análise atuária, estudos estatísticos e financeiros; (xi) oferta de novos produtos e serviços; (xii) participação em programas de benefícios; (xiii) responder dúvidas e fornecer suporte; (xiv) realização de exames, procedimentos e serviços hospitalares; (xv) programas especiais de cuidados preventivos; (xvi) acesso ao Wi-Fi em nossas unidades; (xvii) pesquisas de satisfação e de acolhimento.

19.5. O Beneficiário reconhece ainda que, conforme necessário para a gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência privada à saúde contratada, 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/ e ou odontológicos, equipe médica e/ou odontológica unidades de saúde e/ou odontológica, prestadores médicos e/ou odontológicos credenciados, seguradoras e operadoras de planos privados de assistência à saúde, institutos de pesquisa de opinião e científica, laboratórios farmacêuticos, fornecedores logísticos, empresas de conectividade com a rede credenciada de prestadores de serviços médicos e/ou odontológicos dentre outros, sendo que tais terceiros tratarão os dados pessoais exclusivamente para as finalidades permitidas pela CONTRATADA.

19.6. A CONTRATADA compromete-se a garantir o exercício dos direitos dos Beneficiários na qualidade de titulares de dados pessoais, incluindo, mas não se limitando a, qualquer solicitação de acesso, retificação, bloqueio, eliminação, portabilidade ou informação, nos termos do artigo 18 da LGPD, nos prazos previstos pela legislação vigente.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1. A **CONTRATADA** não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a **CONTRATANTE** e os **Beneficiários** e que não sejam aqueles deste Contrato, exceto se previamente aprovados pela **CONTRATADA** por escrito.

20.2. Fica vedado, sem a anuência expressa da outra parte, ceder ou transferir, caucionar ou dar em garantia, sob qualquer hipótese, total ou parcialmente, os direitos e obrigações estipulados neste Contrato tampouco descontar duplicatas a ele relativas com terceiros, seja em estabelecimento bancário, financeiro*, factoring*, ou com pessoa física.

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 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. A **CONTRATADA** mantém canais de atendimento presenciais, telefônicos e digitais, todos de acordo com a legislação e regulamentação vigentes, responsáveis pelo atendimento aos clientes para informações gerais, orientações, esclarecimentos e para solucionar eventuais divergências de qualquer natureza que possam ocorrer referentes aos serviços prestados.

20.5.1. 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 necessária apuração por meio de documentos ou informações

que não estejam em poder do **Beneficiário** ou da **CONTRATADA**.

20.5.1.1. O prazo para esclarecimento poderá ser prorrogado quando a apuração do fato depender de diligência ou remessa de documentação necessária para garantir a sua abrangência.

20.5.1.2. A **CONTRATADA** emitirá um parecer sobre a divergência, buscando tomar as providências necessárias e solucionar o caso em conformidade com o que foi apurado.

20.6. 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 suas atualizações.

20.7. Em todas as hipóteses de reembolso das despesas médico-hospitalares previstas no presente Contrato e/ou no(s) Contrato(s) que Regulamenta(m) o(s) Produto(s) Contratados 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.

20.8. A realização de procedimentos não previstos neste **CONTRATO**, por não serem de cobertura obrigatória, permite que a **CONTRATADA** exija do **Beneficiário** as despesas relacionadas, cujo pagamento poderá, a critério exclusivo da **CONTRATADA**, ser total ou parcial, sem prejuízo da aplicação dos mecanismos de regulação estabelecidos neste **CONTRATO**.

20.8.1. As despesas sujeitas a esta cobrança abrangem, a título de exemplo e não se limitando, o seguinte: a) medicamentos off-label; b) medicamentos/tratamentos experimentais; c) procedimentos fora do rol mínimo da ANS; d) procedimentos que não atendam as diretrizes das Diretrizes de Utilização (DUT) da ANS; e) procedimentos sujeitos a carência e/ou Cobertura Parcial Temporária (CPT); f) procedimentos realizados fora da rede contratada e/ou fora da abrangência contratual; g) tratamento domiciliar.

20.8.2. A CONTRATADA oferecerá alternativas para quitação, sendo que o não pagamento configurará inadimplência para fins de suspensão e/ou rescisão contratual, conforme disposto na RN 593/23 da ANS.

20.9. Fica vedada entre as PARTES a exigência de exclusividade nesta relação contratual.

20.10. Fazem parte integralmente do presente Contrato para todos os fins de direito, como se nele estivessem transcritos e quando assim aplicáveis nos termos da legislação e regulamentação vigentes, 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).

20.11. Como alternativa à assinatura física do Termo, as Partes declaram e concordam que a assinatura mencionada poderá ser efetuada em formato eletrônico. As Partes reconhecem a veracidade, autenticidade, integridade, validade e eficácia deste Instrumento e seus termos, incluindo seus anexos, nos termos do art. 219 do Código Civil, em formato eletrônico e/ou assinado pelas Partes por meio de certificados eletrônicos, ainda que sejam certificados eletrônicos não emitidos pela ICP-Brasil, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 ("MP nº 2.200-2").

20.12. As Partes declaram, sob as penas da Lei, que os signatários do presente instrumento são seus legítimos diretores/administradores/procuradores/ representantes legais, devidamente constituídos na forma dos respectivos Estatutos/Contratos Sociais, com poderes para assumir e cumprir todas as obrigações ora contraídas.

22. FORO

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

ANS nº 359017
ANS nº 368253