



CONDIÇÕES GERAIS
PME AMB - SP

Onde há vida,



ANS - 026802-2 ANS - 026802-2

ÍNDICE

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES	3
CAPÍTULO II - CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL	11
1. DO OBJETO	11
2. DA NATUREZA	11
3. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS CONTRATADOS	12
4. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ADMISSÃO	12
5. DAS COBERTURAS	17
6. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA	19
7. GARANTIA DE ATENDIMENTO	27
8. GARANTIA DE TRANSPORTE	29
9. EXCLUSÕES DE COBERTURA	30
10. DURAÇÃO DO CONTRATO	32
11. CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	33
12. MECANISMOS DE REGULAÇÃO	36
13. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL	41
14. DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS E REGRAS PARA APLICAÇÃO DE REAJUSTE ÚNICO	43
15. REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA	46
16. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA	47
17. DEMITIDOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIOS	48
18. PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	53
19. SUSPENSÃO/RESCISÃO	54
20. DO COMPLIANCE E DA SUSTENTABILIDADE	57
21. DA SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE	58
22. DAS GARANTIAS RECÍPROCAS	60
23. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	61
24. DISPOSIÇÕES GERAIS	64
25. FORO	67

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL – PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME

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. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS

É a reunião de contratos composta pelo número total de **Beneficiários** em cada um deles, que visa promover a distribuição do risco inerente a operação conjunta para todo o grupo, adotando inclusive a aplicação de um único reajuste para todos os contratos pertencentes ao agrupamento.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas vinculadas à **CONTRATANTE** e seus respectivos Dependentes, que forem incluídas no Contrato, sendo classificadas como:

11.1. Beneficiário Titular – é o indivíduo que mantém vínculo com a **CONTRATANTE** de caráter empregatício ou estatutário, demitidos sem justa causa ou aposentados, ou ainda os sócios, administradores, agentes políticos (assim entendidos como o Presidente da República, os Governadores, Prefeitos e respectivos vices; os Ministros e Secretários imediatos dos Chefes do Executivo; os Senadores, Deputados Federais e Estaduais e os Vereadores), trabalhadores temporários, estagiários e aprendizes da **CONTRATANTE**, inscritos neste Contrato.

11.2. Beneficiário Dependente – é o Dependente do Beneficiário Titular, incluído no mesmo plano do Titular, podendo ser:

11.2.1. O (a) cônjuge do **Beneficiário** Titular;

11.2.2. O (a) companheiro (a) do **Beneficiário** Titular na forma estabelecida pelo Código Civil;

11.2.3. Os enteados(as), filhos (as), naturais ou adotivos (as), solteiros (as), e se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade;

11.2.4. Os (as) tutelados (as) e os menores sob guarda até 21 (vinte e um) anos incompletos, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

12. CARÊNCIA

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

13. 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.

14. 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.

15. 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, conforme estabelecido neste Contrato, respeitadas as limitações de cada plano e a opção de contratação pela **CONTRATANTE**.

16. 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.

17. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

É o conjunto de Cláusulas e parâmetros que especificam as características de cada plano.

18. CONDIÇÕES GERAIS

É o conjunto de Cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos às partes Contratantes, aplicáveis a quaisquer dos padrões de planos contratados.

19. 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.

20. 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.

21. CONTRATANTE

É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Plano Privado de Assistência à Saúde da **CONTRATADA**, responsável pelo pagamento das Contraprestações Pecuniárias Mensais perante a **CONTRATADA**.

22. CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO

É o Contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter na data do período de apuração do reajuste, a quantidade de Beneficiários prevista na Cláusula de Reajuste por Agrupamento Único.

23. CONTRIBUIÇÃO

É qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano de saúde oferecido pela **Contratante**, em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos Dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia, pagos única e exclusivamente em procedimentos quando da utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

24. COPARTICIPAÇÃO

É a parte efetivamente paga pelo **Beneficiário** à **CONTRATADA**, referente à realização de determinados procedimentos médicos e/ou hospitalares e de acordo com o plano contratado.

25. CORPO CLÍNICO

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

26. 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.

27. DESPESA ASSISTENCIAL

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

28. 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.

29. DOENÇA CONGÊNITA

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

30. 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.

31. 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.

32. EMERGÊNCIA

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

33. 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.

34. EXCLUSÕES

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

35. 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**.

36. FICHA DE INSCRIÇÃO CADASTRAL

É o documento formal, parte integrante deste Contrato, por meio do qual a **Contratante** informa os dados pessoais dos **Beneficiários**.

37. 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**.

38. 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.

39. 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**.

40. 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.

41. 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**.

42. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

43. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA

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

44. INTERNAÇÃO HOSPITALAR CLÍNICA

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

45. INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA

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

46. 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**.

47. MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE - MPS

É o instrumento destinado a informar à **CONTRATANTE** os principais aspectos a serem observados no momento da contratação do plano de saúde. O MPS será entregue pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** previamente à assinatura do Contrato, sendo que a entrega aos **Beneficiários** será intermediada pela **CONTRATANTE**.

48. MUNICÍPIO DE DEMANDA

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

49. NOVO EMPREGO

É o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

50. PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS

É o período definido pela **CONTRATADA** em que são identificadas as empresas Contratantes que participarão do agrupamento de contratos de acordo com a quantidade de **Beneficiários** de cada uma delas.

51. PLANO CONTRATADO

É o plano registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que possui determinado conjunto de características estabelecidas neste Contrato, com a finalidade de garantir assistência médica aos **Beneficiários**, mediante o pagamento da contraprestação pecuniária mensal.

52. PLANO CONTRIBUTÁRIO

É aquele em que os **Beneficiários** custeiam total ou parcialmente a Contraprestação Pecuniária de acordo com a cláusula 17.

53. PLANO NÃO CONTRIBUTÁRIO

É aquele custeado integralmente pela **Contratante**, sem ônus para os **Beneficiários**.

54. PLANO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL

É o Plano Privado de Assistência à Saúde de Contratação Coletivo Empresarial que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, em caráter empregatício ou estatutário, demitidos e aposentados ou ainda, outros indivíduos vinculados à **CONTRATANTE**, desde que previstos na legislação e regulamentação vigentes e contratualmente.

55. 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.

56. 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.

57. PROCEDIMENTOS ELETIVOS

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

58. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

É o documento formal, parte integrante deste Contrato, preenchido e assinado pela **Contratante**, no qual expressa a intenção de contratar o **Plano Privado de Assistência à Saúde**, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos.

59. REDE CREDENCIADA

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

60. 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.

61. REDE DA CONTRATADA

É aquela composta pelas Redes Própria e Credenciada.

62. 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**.

63. 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.

64. 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.

65. SINISTRALIDADE

É a divisão entre o valor total das despesas assistenciais, apuradas durante determinado período de avaliação, pelo total das contraprestações pecuniárias mensais líquidas de impostos, tributos e demais encargos, cobrados durante este mesmo período de avaliação.

66. 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.

67. 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 COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Este Contrato e as respectivas Condições Específicas (Capítulo III) encontram-se devidamente registrados em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo e disponíveis no portal da **CONTRATADA**.

Pelo presente instrumento de Contrato de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial (“Contrato), 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, a **EMPRESA**, identificada e qualificada no Aditamento que integra o presente Contrato, neste ato representada pelos seus Diretores e doravante denominada **CONTRATANTE** e quando em conjunto, denominadas **PARTES**, 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 de assistência à saúde, bem como reembolso das despesas médicas e hospitalares, conforme o plano contratado, àqueles que mantêm vínculo com a **CONTRATANTE**, bem como a seus Dependentes regularmente inscritos no plano, aqui denominados **Beneficiários**, conforme previsto no inciso I, do Artigo 1º, da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica Ambulatorial, 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**.

3. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS CONTRATADOS

3.1. Seguem abaixo as características dos planos contratados.

3.1.1. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL. Tipo de Assistência Médica Contratada, na segmentação assistencial ambulatorial, que será prestada de acordo a rede assistencial e abrangência geográfica do plano contratado e, conforme as coberturas contratadas.

3.1.2. TIPO DE CONTRATAÇÃO. Coletivo Empresarial, considerado como aquele contrato destinado à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, de acordo com as regras de elegibilidade previstas no item 4.3. do presente Contrato.

3.2. As demais características específicas dos planos de saúde contratados estão expressas nas Condições Específicas de Contratação de Plano de Saúde, parte integrante e indissolúvel do Contrato de Assistência à Saúde.

4. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ADMISSÃO

4.1. A condição para contratação e admissão como beneficiário deste contrato está condicionada à relação empregatícia ou estatutária entre a pessoa jurídica **Contratante** e a população que se destina.

4.2. Condição de contratação

4.2.1. Para contratação de plano coletivo empresarial é necessária ter a condição de Pessoa Jurídica devidamente inscrita nos órgãos respectivos órgãos competentes e deverão ser apresentados os seguintes documentos comprobatórios.

4.2.1.1. Para **Sociedade Comercial**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial;

4.2.1.2. Para **Sociedade Civil**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório;

4.2.1.3. Para **Sociedade Anônima**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial;

4.2.1.4. Para **Associações, Sindicatos, Federações e outras Entidades**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, Estatuto Social ou ato constitutivo equivalente e Ata de eleição da diretoria ou equivalente, devidamente registrados nos órgãos competentes.

4.2.1.5. Para **EI – Empresário Individual**: Documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses.

4.2.1.5.1. A regularidade cadastral para o empresário individual será solicitada no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, e, anualmente, no mês de aniversário do contrato.

4.3. Condição de admissão

4.3.1. Serão admitidos como Beneficiários deste contrato a pessoa física, na condição de Beneficiário Titular ou Dependente, desde que comprovada o seu vínculo com a **Contratante**, bem como o vínculo com o **Beneficiário** Titular, respectivamente.

4.3.2. O **Beneficiário Titular** é o indivíduo que mantém vínculo com a **Contratante** de caráter empregatício ou estatutário, demitidos sem justa causa ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ou ainda os sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e aprendizes da **Contratante**.

4.3.2.1. Os beneficiários titulares poderão ser incluídos a pedido da **Contratante**, desde que comprovada a sua elegibilidade conforme exigência documental prevista neste contrato.

4.3.2.2. Como documentos comprobatórios para inclusão dos beneficiários titulares será exigida apresentação de documentação conforme vínculo:

4.3.2.2.1. Para funcionários com vínculo empregatício:

- a) Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada; ou
- b) Cópia da Carteira de Registro Profissional, quando solicitada pela **CONTRATADA**; ou
- c) Ficha de Registro de Empregados com carimbo e assinatura do representante legal, para funcionários recém-admitidos.

4.3.2.2.1.1. Não obstante a relação dos documentos previstos nos subitens anteriores, a comprovação trabalhista que não puder ser demonstrada pela Guia de Recolhimento do FGTS –'Fundo de Garantia por Tempo de Serviço', em razão de contratação recente, deverá ser realizada até 90 (noventa) dias após a data de contratação dos respectivos Beneficiários, sob pena de ter cancelado o plano dos mesmos, senão o fizer.

4.3.2.2.2. Para **sócios e administradores**: documento societário comprobatório do vínculo com a **Contratante**.

4.3.2.2.3. Para **estagiários e aprendizes**: Contrato de estágio ou de aprendizagem, com o respectivo prazo de validade.

4.3.2.2.4. Para **trabalhadores temporários**: contrato de trabalho temporário entre a **Contratante** e a Empresa cedente da mão de obra e o funcionário temporário.

4.3.2.2.5. Para **estatutários**: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à **Contratante**.

4.3.2.2.6. Para **agentes políticos**: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à **Contratante**.

4.3.3. **Beneficiário Dependente** é a pessoa física pertencente ao grupo familiar do **Beneficiário** Titular, de acordo com o grau de parentesco previsto neste Contrato.

4.3.3.1. Os beneficiários dependentes poderão ser incluídos a pedido da **Contratante**, desde que comprovada a sua elegibilidade conforme exigência documental prevista neste contrato, e desde que o Beneficiário esteja vinculado ao contrato.

4.3.3.2. Serão considerados Beneficiários Dependentes:

a) O(a) cônjuge/companheiro(a) do **Beneficiário** Titular, na forma estabelecida pelo Código Civil;

b) Os(as) enteado(as), filhos(as) naturais ou adotivos(as), solteiros(as), 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 até 21 (vinte e um) anos incompletos, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

4.3.3.3. Como documentos comprobatórios para inclusão dos **Beneficiários Dependentes** será exigida apresentação de documentação conforme vínculo:

4.3.3.3.1. Cônjuge: Certidão de Casamento;

4.3.3.3.2. Companheiro (a): a) 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 **b)** 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 **c)** Certidão de Nascimento de Filho em comum; ou **d)** Designação em Carteira Profissional.

4.3.3.3.3. Filho(a): Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção; para filho(a) inválido(a), laudo médico comprobatório recente da incapacidade permanente;

4.3.3.3.4. Tutelado(a) e menor sob guarda: Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de Tutela ou Guarda;

4.3.3.3.5. Enteadado (a): Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do casamento ou com os documentos obrigatórios para comprovação do vínculo de companheiro(a) elencados neste Contrato.

4.4. Não será aceita a inclusão de funcionário ou dependente que não tenha a elegibilidade prevista nos itens anteriores, sob pena de a Contratante responder, perante a CONTRATADA, por todos os ônus e/ou penalidades que eventualmente sejam por ela suportados e/ou impostas, mesmo após o encerramento do Contrato.

4.5. A CONTRATADA poderá solicitar e a **Contratante** se obriga a fornecer, a qualquer tempo, documentação complementar para averiguação da regularidade do vínculo do **Beneficiário** com a **Contratante** e daquele com seu(s) dependente(s), sendo esta responsável pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais dos **Beneficiários** exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como dos **Beneficiários** das eventuais Empresas

Subcontratantes que eventualmente venham a ser incluídos no plano, as quais se tornarão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

4.5.1. A **Contratante** tem ciência de que o não fornecimento, o fornecimento incompleto, incorreto e/ou a não atualização dos dados cadastrais dos **Beneficiários**, poderá acarretar a rejeição do cadastro por parte da ANS, constituindo, ainda, infração às normas editadas por aquela Agência, bem como de que as inconsistências nos dados cadastrais poderão impedir a movimentação da massa de **Beneficiários**, com a obrigatoriedade de pagamento de taxas e ressarcimentos desnecessários pela **CONTRATADA** à ANS.

4.5.2. Em razão do disposto no subitem anterior, as Partes acordam que, quando da implantação do Contrato, se após a análise dos dados cadastrais dos **Beneficiários** enviados à **CONTRATADA** forem detectados dados incompletos ou incorretos, a **Contratante** se compromete a regularizar as pendências existentes, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação da **CONTRATADA**, assumindo e isentando-a de todos os riscos, ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias mensais, decorrentes do não fornecimento, do fornecimento incompleto, incorreto e/ou da não atualização dos dados cadastrais dos **Beneficiários** a ela vinculados. A **Contratante** responsabiliza-se, ainda, pelos ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias mensais, que eventualmente sejam suportados/impostos à **CONTRATADA** pela ANS, em razão da inobservância das obrigações acima citadas, mesmo após o encerramento do Contrato, bem como pelos custos envolvidos na obtenção dos referidos dados junto a outras fontes que os disponibilizem, no sentido de sanar tais pendências.

4.6. Regras de inclusão dos Beneficiários

4.6.1. A **Contratante** deverá enviar à **CONTRATADA**, na data da assinatura do Contrato, cadastro de todos os **Beneficiários** Titulares e respectivos Dependentes que serão inscritos no plano, em impresso próprio fornecido pela **CONTRATADA** ou através de transferência eletrônica, dentro de layout preestabelecido pela **CONTRATADA**, juntamente, se o caso exigir, com a Declaração Pessoal de Saúde devidamente preenchida e assinada. A partir da data da inclusão, os **Beneficiários** terão direito às coberturas contratuais, de modo a surtir os efeitos determinados pela legislação em vigor, inclusive para atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.6.1.1. Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela **Contratante**, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pela **CONTRATADA**, acarretando a não inclusão dos **Beneficiários** cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou desatualizados.

4.6.1.2. Os **Beneficiários** inscritos terão direito à utilização a partir do 1º dia de vigência do contrato, ou da data da sua adesão ao plano de acordo com as regras de movimentação cadastral.

4.6.1.3. Fica assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo, do **Beneficiário** Titular, como dependente, com aproveitamento dos períodos de carência cumpridos pelo Titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

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

4.6.1.5. Nos contratos com 30 (trinta) ou mais **Beneficiários** em que o **Beneficiário** Titular tenha sido incluído sem exigência de cumprimento de carências, quando ocorrer a inclusão de novos **Beneficiários** Dependentes designados no item 4.3.3, cuja relação de dependência tenha se verificado durante a vigência do Contrato, o prazo para cadastramento sem a exigência de cumprimento de carências será de até 30 (trinta) dias contados da data do evento que originou essa relação, desde que no momento da inclusão, o contrato tenha 30 (trinta) ou mais **Beneficiários**. Após este prazo, os novos Dependentes poderão ser incluídos considerando os períodos de carências e Cobertura Parcial Temporária – CPT, se aplicáveis.

4.7. No momento da admissão será obrigatório o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde acompanhada da Carta de Orientação do **Beneficiário**, para fins de inclusão no Contrato nas seguintes hipóteses:

- a) Nos Contratos com menos de 30 (trinta) **Beneficiários**, ou
- b) Se durante a vigência do contrato, houver 30 (trinta) **Beneficiários** ou mais e o pedido de ingresso no plano se der após o período de 30 (trinta) dias da vinculação do **Beneficiário** à **Contratante** ou da elegibilidade do seu **Beneficiário** Dependente.

4.8. A **Contratante** se compromete a informar, na data de assinatura do Contrato, em formulário próprio a ser encaminhado pela **CONTRATADA**, todos os **Beneficiários** que se encontrem afastados e/ou internados, seja em ambiente hospitalar, seja em ambiente domiciliar (“home-care”), aqueles em tratamentos com medicamentos especiais e aqueles portadores de doenças crônicas.

4.9. A **Contratante** informará mensalmente à **CONTRATADA**, através de transferência por meio eletrônico, dentro de layout preestabelecido por ela, até 30 (trinta) dias da vinculação do **Beneficiário** à **Contratante**, a relação dos admitidos, acompanhada dos documentos acima especificados. A relação dos desligados deverá ser feita até o último dia útil do mês em curso, a fim de que a **CONTRATADA** mantenha atualizado o quadro de **Beneficiários**.

4.9.1. Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela **Contratante**, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pela **CONTRATADA**, acarretando a não inclusão dos **Beneficiários** cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou

desatualizados.

4.10. A **Contratante** se responsabilizará pelo pagamento das contraprestações pecuniárias mensais dos desligados durante o período em que os mesmos permanecerem indevidamente cadastrados.

4.11. Transferência de planos

4.11.1. Entende-se por transferência a opção do Beneficiário pela mudança de planos, quando acordada entre a Contratante e a CONTRATADA, a opção do Beneficiário pela mudança de plano dentre aqueles contratados pela Contratante.

4.11.2. Periodicamente, em frequência não inferior à anual e em data a ser estabelecida de comum acordo entre a **CONTRATADA** e a **Contratante**, o **Beneficiário** poderá optar pela transferência de planos.

4.11.2.1. Na transferência entre planos, o **Beneficiário** deverá permanecer no novo plano pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua efetiva transferência para o novo plano, exceto em caso de desligamento do **Beneficiário** da **Contratante**.

4.11.2.2. Se na solicitação de transferência do plano, o **Beneficiário** estiver cumprindo carências, estas serão mantidas até o seu término.

4.11.2.3. Na transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo, o **Beneficiário** da **Contratante** somente terá direito às características do novo plano, especificamente: rede credenciada, reembolso e padrão de acomodação, após 180 (cento e oitenta) dias da data da transferência. A partir da data de transferência deverá ser pago o valor correspondente ao plano de maior custo.

4.11.2.4. Nos casos em que o **Beneficiário** Titular for transferido de plano, todos os seus Dependentes serão automaticamente transferidos para este novo plano.

4.11.2.5. Caso o plano contratado contemple elegibilidade por cargos ou salários, deverão ser respeitadas as regras específicas para transferência de planos, conforme estabelecido entre as partes.

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.

5.1.2. Todos os procedimentos (consultas, 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.

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

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

5.1.5. 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.

5.1.6. 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.

5.1.6.1. 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 – exclusivamente para os planos com a segmentação ambulatorial, conforme previsto nas Condições Específicas do plano contratado, estarão contempladas as seguintes coberturas:

5.2.1. Consultas médicas

Cobertura de consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado, em todas as especialidades constantes do Rol de Procedimentos, inclusive nos casos de urgência e emergência, e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM conforme disposto na legislação e regulamentação vigentes.

5.2.1.1. Nos casos dos portadores de transtornos mentais, a **CONTRATADA** priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

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 solicitação emitida pelo prestador da rede própria ou credenciada e serão autorizados diretamente pelo referido prestador ou através dos canais de atendimento divulgados no portal da **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 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.

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
	Exames	1 x Tabela
	Terapias	1 x Tabela

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 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:

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

Onde:

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

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

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

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

Exemplos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.6.4.2.2.1. Consultas médicas - Os recibos em impresso próprio do prestador, ou notas fiscais originais e quitadas, devem conter as seguintes especificações:

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

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

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

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

- a) Nome completo do **Beneficiário** atendido;
- b) Local e data da realização de cada exame ou tratamento; (nos casos de terapias seriadas, informar a data de realização de cada sessão e

- constar a assinatura do paciente nas mesmas (controle de frequência);
- c) Descrição completa de cada exame ou tratamento, informando a região corpórea (exames por imagem) com os respectivos valores individualizados, incluindo o número de sessões quando for o caso;
 - d) Nome e tipo específico, com o valor individualizado de cada exame ou tratamento, inclusive com o número de sessões; bem como todos os materiais ou medicamentos que possam porventura ter sido utilizados com suas respectivas quantidades e valores unitários;
 - e) Razão social do laboratório, clínica ou serviço utilizado, endereço completo e telefone, com o número do CNPJ e assinatura do responsável;
 - f) No caso de honorários profissionais será necessário o nome do médico ou profissional com o seu CPF ou nome da clínica e respectivo CNPJ, a especialidade do médico, número de inscrição no CRM e assinatura do médico;
 - g) Relatório com quadro clínico, diagnóstico e programação terapêutica.
 - h) Laudo do exame anátomo patológico (se realizado);
 - i) Laudos de exames de imagem e exames laboratoriais;
 - j) Nome do médico/ terapeuta, especialidade, carimbo, assinatura, número e tipo da inscrição no respectivo conselho;
 - k) Fisioterapia/Acupuntura: só serão reembolsadas se solicitadas por profissional inscrito no CRM;
 - l) Radioterapia: Enviar também as cobranças dos médicos e hospital (custo operacional), caso haja cobrança separada;
 - m) Todas as solicitações de reembolso de exames complementares e tratamentos ambulatoriais deverão ser acompanhadas obrigatoriamente das respectivas solicitações do médico assistente (pedido médico). A solicitação deverá conter especificamente:
 - m.1) Nome completo do **Beneficiário** atendido;
 - m.2) Hipótese diagnóstica que motivou a solicitação do exame; CID 10, desde que autorizado pelo **Beneficiário**;
 - m.3) Data da elaboração do pedido médico;
 - m.4) Carimbo com nome completo do médico, nº do CRM, especialidade e assinatura;
 - m.5) Endereço e telefone para contato com o médico assistente, caso necessário.

6.6.4.2.2.1. 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. 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 (cirurgias, 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) Quando houver a extirpação de órgãos, tumores ou lesões, deverá ser anexado o laudo do exame anatomopatológico e cópia da transcrição cirúrgica;
- g) 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);
 - a.1) 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. GARANTIA DE TRANSPORTE

8.1. 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.

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

8.3. 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.

8.4. 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.

8.5. 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.

8.6. 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.

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

8.7.1. 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**.

8.7.2. 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 encontra-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.

9. EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1. 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:

9.1.1. Todos os procedimentos não vinculados às respectivas segmentações assistenciais de cada um dos produtos contratados, observadas as Condições Específicas de Contratação de Plano de Saúde, parte integrante e indissolúvel do Contrato de Assistência à Saúde na Segmentação Ambulatorial, e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;

9.1.2. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

9.1.5. 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;

9.1.6. 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;

9.1.7. 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;

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

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

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

9.1.11. Sonoterapia e medicina ortomolecular;

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

9.1.13. Transplantes, à exceção daqueles taxativamente previstos no Rol de Procedimentos e Eventos vigentes às suas respectivas épocas, bem como eventuais Diretrizes de Utilização;

9.1.14. Qualquer procedimento odontológico, à exceção daqueles estritamente vinculados à segmentação odontológica quando assim previsto no registro do respectivo produto e nas

respectivas Condições Específicas de Contratação de Plano de Saúde que são parte integrante e indissolúvel do Contrato de Assistência à Saúde na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com ou sem Obstetrícia;

9.1.15. 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;

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

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

9.1.18. 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;

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

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

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

9.2. Exclusão de Internações Hospitalares, Clínicas ou Cirúrgicas:

9.2.1. 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.

9.2.2. No caso de necessidade de internação hospitalar, cuja cobertura está excluída nesta cláusula, o BENEFIICIÁRIO 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.

10. DURAÇÃO DO CONTRATO

10.1. O presente Contrato terá vigência de 12 (doze) meses com renovação automática, por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como incidência de qualquer período adicional de carências.

10.2. A data de início da vigência do Contrato, para efeito de atendimentos aos **Beneficiários**, será aquela pactuada entre as partes na Proposta de Contratação coletiva e/ou aditamento contratual que regulará as condições especiais desta contratação.

11. CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

11.1. Nos contratos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais **Beneficiários**, não será exigido o cumprimento de Prazos de Carências, desde que a **CONTRATANTE** formalize, em nome do **Beneficiário** Titular, o pedido de seu ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou da sua vinculação à **CONTRATANTE**, observada a regra de inclusão estabelecida na cláusula de CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ADMISSÃO.

11.2. Será exigido o cumprimento dos prazos de carência constantes da tabela a seguir, que terão início a partir da data de inclusão do **Beneficiário** no plano, para os seguintes casos.

11.2.1. Se o número de Beneficiários do contrato for menor do que 30 (trinta).

11.2.2. Se, durante a vigência do contrato, o número de Beneficiários for reduzido para menos de 30 (trinta).

11.2.3. Nos casos de inclusões de Beneficiários Titulares e/ou Dependentes fora do prazo mencionado no subitem 11.1, salvo disposição contrária na cláusula de condições de admissão prevista neste Contrato.

11.2.4. Nos casos em que for solicitada nova adesão ao contrato, após exclusão a pedido do Beneficiário Titular ou da **CONTRATANTE**.

Tabela de Carências		
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	Consulta e Sessões em Terapias Simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria	180 dias
7	Consulta e Sessões em Terapias Simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Credenciada	180 dias
8	Consulta e Sessões em Terapias Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), Exames Especiais e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria	180 dias

9	Consulta e Sessões em Terapias Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos – ABA, BOBATH e outras - (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia, e terapia ocupacional), Exames Especiais e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Credenciada	180 dias
10	Terapia Imunobiológica, Diálise/Hemodiálise	180 dias

11.3. Durante o período de carência, os atendimentos médico-hospitalares de urgência ou emergência observarão as regras estabelecidas no item que dispõe sobre Atendimento de Urgência e Emergência deste Contrato, bem como o que dispõe a legislação e regulamentação vigentes.

11.4. 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).

11.5. Aos **Beneficiários** que tenham declarado conhecimento de lesões ou doenças preexistentes a adesão ao plano, será oferecida Cobertura Parcial Temporária – CPT exclusivamente às coberturas relacionadas às doenças e lesões preexistentes declaradas pelos beneficiários contratualmente, a partir da data de inclusão do **Beneficiário** no plano, nas seguintes hipóteses.

11.5.1. Se o número de Beneficiários do contrato for menor do que 30 (trinta).

11.5.2. Se, durante a vigência do contrato, o número de Beneficiários for reduzido para menos de 30 (trinta).

11.5.3. Nos casos de inclusões de Beneficiários Titulares e/ou Dependentes fora do prazo mencionado no subitem 11.1, salvo disposição contrária na cláusula de condições de admissão prevista neste Contrato.

11.5.4. Nos casos em que for solicitada nova adesão ao contrato, após exclusão a pedido do beneficiário titular ou da Contratante.

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

11.5.6. A aplicação da CPT é informada na Declaração de Saúde a ser preenchida pelos beneficiários nas hipóteses do item 12.4. após a leitura obrigatória da Carta de Orientação ao Beneficiário.

11.5.7. Fica facultado à **CONTRATADA** o oferecimento de agravo da contraprestação pecuniária como opção à Cobertura Parcial Temporária.

11.6. Nos contratos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais **Beneficiários**, não será aplicada cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que a **Contratante** formalize, em nome do **Beneficiário Titular**, o pedido de ingresso do no plano em até

30 (trinta) dias da celebração do Contrato ou da vinculação do mesmo à **Contratante**, observada a regra de inclusão estabelecida na Cláusula 4. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ADMISSÃO.

11.6.1. Durante a vigência do Contrato, será aplicada cobertura parcial temporária, para os seguintes casos:

- a) Se o número de **Beneficiários** for reduzido para menos de 30 (trinta);
- b) Nos casos de inclusões de **Beneficiários** Titulares e/ou Dependentes fora do prazo mencionado no subitem anterior, salvo o disposto no item na Cláusula de Condições de Admissão deste Contrato.

11.7. A Cobertura Parcial Temporária 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).

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

11.7.2. Aos **Beneficiários** fica garantido a aplicação da Cobertura Parcial Temporária, sendo facultado à **CONTRATADA** o oferecimento de agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária.

11.7.3. Antes da inclusão em qualquer dos planos, o **Beneficiário** deverá ler atentamente a Carta de Orientação ao Beneficiário, que conterà todas as explicações referentes às Doenças ou Lesões Preexistentes, bem como das consequências decorrentes de eventual omissão.

11.7.4. Após a leitura e assinatura da Carta de Orientação ao Beneficiário, o **Beneficiário** Titular preencherá a Declaração Pessoal de Saúde.

11.8. O **Beneficiário** Titular e seus Dependentes realizarão, a critério exclusivo da **CONTRATADA**, entrevista qualificada, acompanhada de um médico orientador escolhido dentre os profissionais da rede **CONTRATADA**, sem custo, na forma da resolução vigente ou um médico de livre escolha do **Beneficiário**, desde que assuma o ônus desta entrevista, para orientação no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde. A recusa do **Beneficiário** em se submeter à referida entrevista o sujeitará à negativa da inclusão por parte da **CONTRATADA**.

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

11.8.2. 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 Agravado pelo mesmo período.

11.8.3. 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.

12. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

12.1. Carteira de Identificação

12.1.1. 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.

12.1.1.1. 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**.

12.1.1.2. O número da Carteira de Identificação pode ser consultado através dos canais de atendimento ou através do aplicativo disponível no portal da **CONTRATADA**.

12.1.1.3. 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.

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

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

12.1.3. 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**.

12.1.4. 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.

12.1.5. A **CONTRATADA** disponibiliza à **Contratante** e aos **Beneficiários**, 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.

12.1.6. 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.

12.1.6.1. 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**.

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

12.1.6.2.1. 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.

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

12.2.1. 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.

12.3. Os demais mecanismos de regulação financeiros (coparticipação e franquia) e de gerenciamento em ações de saúde serão aplicados de acordo com o plano contratado e estarão expressos nas Condições Específicas de Contratação de Plano de Saúde que são parte integrante e indissolúvel do Contrato de Assistência à Saúde na Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com ou sem Obstetrícia.

12.3.1. Observadas as disposições do item imediatamente acima, as partes se declaram cientes e concorde que, à exceção dos planos que possuam livre escolha de prestadores, a assistência integral será garantida aos beneficiários vinculados ao presente Contrato exclusivamente por meio de profissional habilitado pertencente à rede de prestadores da **CONTRATADA** ofertado para a realização do procedimento. Caso os beneficiários vinculados ao presente Contrato recusem o profissional disponibilizado pela **CONTRATADA** e venham a optar por realizar o procedimento por meio de profissional não pertencente à rede da **CONTRATADA**, correrão por conta e risco do beneficiário todas as despesas inerentes ao procedimento, tais como, mas não a estes limitados, honorários do médico assistente e de sua equipe, materiais, equipamentos, despesas e taxas hospitalares e outros custos inerentes ao procedimento, ainda que seja realizado em prestador ambulatorial ou hospitalar vinculado à rede de prestadores da **CONTRATADA**.

12.4. Junta Médica/Odontológica

12.4.1. Nas situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento médico/odontológico e/ou terapêuticos realizados por profissionais da área da saúde, respeitadas as prerrogativas dos respectivos conselhos profissionais, a respeito de autorização prévia, a definição do impasse será garantida pela **CONTRATADA** por meio de junta médica/odontológica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico/odontólogo nomeado pela operadora e por um terceiro, remunerado e sugerido pela **CONTRATADA**, ratificado de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.

12.4.2. A junta médica/odontológica será composta, processada e concluída de acordo com o estabelecido na regulamentação da ANS vigente, sujeitando-se o **Beneficiário** e os profissionais que a compõem ao fiel cumprimento das determinações ali previstas.

12.4.3. O médico/odontólogo assistente deverá escolher um dentre quatro profissionais indicados pela **CONTRATADA** para compor a JUNTA na condição de terceiro médico ou médico desempatador; a recusa, a falta de manifestação do médico/odontólogo assistente no prazo conferido no ato de convocação da Junta ou a sua manifestação fora desse prazo, importará na eleição, pela **CONTRATADA**, do terceiro médico, dentre os quatro indicados.

12.4.4. O beneficiário ou o médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento.

12.4.5. A presença do **BENEFICIÁRIO** quando da realização da Junta Médica/Odontológica poderá ser dispensada, salvo quando for necessária à sua avaliação física pelos profissionais participantes, ocasião em que, a sua ausência injustificada, desobrigará a **CONTRATADA** a cobrir o procedimento solicitado.

12.4.6. O terceiro médico ou desempatador poderá solicitar fundamentadamente que o beneficiário realize exames complementares, desde que previstos no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde, da ANS, os quais serão cobertos pela **CONTRATADA** de acordo com as segmentações assistenciais do produto ao qual o beneficiário está registrado. Nesse caso, o prazo de garantia de cobertura do procedimento inicialmente solicitado será suspenso por 03 (três) dias úteis. Caso o beneficiário não realize os exames complementares solicitados pelo desempatador, prevalecerá a opinião do médico da Operadora, ficando esta desobrigada a custear o procedimento.

12.4.7. A Junta médico/odontológica será concluída com a elaboração de parecer técnico de médico desempatador, o qual será acatado para fins de cobertura e que deverá ser devidamente fundamentado e cientificado ao beneficiário e seu médico assistente no prazo legal.

12.4.8. A Junta Médica/Odontológica não será, obrigatoriamente, presencial, podendo, inclusive, qualquer um dos seus integrantes participar por videoconferência, telemedicina ou qualquer outro recurso que viabilize a análise da divergência técnico-assistencial de natureza médica/odontológica do procedimento solicitado.

12.4.9. Caso a Junta Médica/Odontológica seja desfavorável à solicitação do médico/odontólogo assistente, a **CONTRATADA** se desobriga de cobrir os custos do procedimento solicitado, passando este a ser de inteira e exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**.

12.4.10. Caso a Junta Médica/Odontológica decida por um procedimento diferente do solicitado pelo médico/odontólogo, de cobertura obrigatória pela Operadora, este será garantido, se for da vontade do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com os parâmetros técnicos definidos pelo executante pertencente à rede de atendimento da **CONTRATADA** e devidamente habilitado para execução do procedimento. Não sendo da vontade do **BENEFICIÁRIO**, fica a **CONTRATADA** isenta de qualquer responsabilidade financeira sobre o procedimento solicitado.

12.5. Autorização Prévia

12.5.1. Os procedimentos que dependem de autorização prévia deverão ser solicitados pelo beneficiário nas centrais de atendimento ou postos de autorização da **CONTRATADA**, nos horários estabelecidos por ela. Nas localidades onde não exista central de atendimento ou posto de autorização da **CONTRATADA**, a autorização eletiva deverá ser solicitada pelo prestador executante. Em caso de dúvidas, o **BENEFICIÁRIO** deverá entrar em contato com o SAC da **CONTRATADA**.

12.5.2. Ao beneficiário será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência (artigo 4º, IV da CONSU 08/98).

12.5.3. Nos casos em que dependam de autorização prévia, a **CONTRATADA** poderá exigir que o **BENEFICIÁRIO** seja avaliado por médico ou odontólogo auditor ou, ainda, que apresente

relatórios do seu médico ou odontólogo assistente, resultados de exames porventura realizados ou outros documentos necessários à avaliação da solicitação médica ou odontológica, ficando este ciente de que, havendo recusa à tal avaliação ou à apresentação da documentação solicitada, a solicitação de autorização ficará pendente até que beneficiário seja avaliado pela Auditoria da **CONTRATADA** ou apresente a documentação requerida.

12.5.4. O fato de o profissional solicitante não fazer parte da rede assistencial da **CONTRATADA** não constitui, por si só, motivo de negativa de autorização de procedimento por parte desta.

12.5.5. A impossibilidade de negativa de autorização em virtude de o profissional solicitante não pertencer à rede assistencial da **CONTRATADA**, não pressupõe o direito do **BENEFICIÁRIO** à realização do procedimento com o profissional não credenciado às expensas da **CONTRATADA** e nem o exime da obrigação de submeter-se às regras de Auditoria e demais condições previstas no presente instrumento.

12.5.6. Ao receber a solicitação de profissional não pertencente à sua rede assistencial, a **CONTRATADA**, através de sua Auditoria, analisará se o procedimento é devido, de acordo com as condições contratuais e legais de cobertura. Se o procedimento for de cobertura obrigatória, a **CONTRATADA** autorizará o procedimento 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.

12.5.7. Dependendo da natureza do procedimento, o profissional disponibilizado pela **CONTRATADA** poderá solicitar avaliação ou consulta prévia do **BENEFICIÁRIO**, o que não constituirá qualquer óbice por parte da **CONTRATADA** à cobertura pretendida.

12.5.8. A ASSISTÊNCIA INTEGRAL, 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, será garantida ao beneficiário exclusivamente através de profissional habilitado pertencente à rede assistencial da **CONTRATADA** ofertado para a realização do procedimento. Caso o **BENEFICIÁRIO** recusar o profissional disponibilizado pela **CONTRATADA** e optar por realizar o procedimento através de profissional não pertencente à rede da **CONTRATADA**, correrão por conta e risco do **BENEFICIÁRIO** todas as despesas inerentes ao procedimento, tais como honorários do médico ou odontólogo assistente e de sua equipe (caso pertinente ao caso), materiais, equipamentos, despesas e taxas hospitalares (caso pertinente ao caso) e outros custos inerentes ao procedimento, ainda que seja realizado em prestador vinculado à **CONTRATADA**.

12.5.9. Os prestadores hospitalares integrantes da rede de atendimento da **CONTRATADA** não estão obrigados a autorizar profissionais não pertencentes aos seus respectivos corpos clínicos, com o devido embasamento ético-legal, a realizarem procedimentos clínicos ou cirúrgicos em suas dependências.

12.5.10. 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.

12.5.10.1. 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. CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL

13.1. Formação de preço

São garantidos os atendimentos, sob a forma de preço preestabelecido per capita, através de contraprestação pecuniária mensal, dos procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente. O valor da contraprestação pecuniária mensal encontra-se na Proposta de Contratação Coletiva, parte integrante deste Contrato.

13.1.1. Na composição do preço das contraprestações pecuniárias mensais não estão incluídos os custos referentes aos **Beneficiários** cujas internações, inclusive domiciliares, e/ou tratamentos de alto custo, assim considerados os procedimentos de alta complexidade previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, tenham se iniciado anteriormente à data de início de vigência deste Contrato e/ou de conhecimento prévio da **Contratante**, e que não tenham sido informados à **CONTRATADA**, pela Contratante, prévia e formalmente à elaboração da Proposta Comercial, mediante protocolo. **Os custos decorrentes de tais atendimentos não serão de responsabilidade da CONTRATADA.**

13.1.2. Não deverá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária mensal entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a ele já vinculados.

13.2. Pagamento da contraprestação pecuniária mensal

13.2.1. O pagamento das contraprestações pecuniárias mensais à **CONTRATADA** será de responsabilidade da **Contratante**, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

13.2.1.1. O pagamento das contraprestações pecuniárias mensais será efetuado na data de pagamento prevista na Proposta de Contratação e/ou aditamento.

13.2.1.2. A fatura mensal para pagamento das contraprestações pecuniárias estará disponibilizada no Portal da **CONTRATADA**, observando antecedência da data do respectivo vencimento para eventual consulta.

13.2.2. O faturamento será efetuado com base no total de Beneficiários (Titulares e Dependentes) ativos no mês para o qual foi garantido o período de cobertura.

13.2.2.1. Na hipótese de movimentação ocorrida e não processada no período de cobertura devido, os ajustes serão processados na fatura correspondente ao período de cobertura subsequente.

13.2.2.2. Na falta de informação pela **CONTRATANTE** do número total de Beneficiários de forma atualizada, fica a **CONTRATADA** autorizada a faturar com base nos números relativos ao mês imediatamente anterior, de acordo com o cadastro da **CONTRATADA**.

13.2.2.3. As inclusões e/ou movimentações de Beneficiários realizadas fora dos prazos previstos neste contrato, serão faturadas integralmente à **CONTRATANTE** no mês imediatamente posterior ao mês base de faturamento, desconsiderando-se o critério pro rata die.

13.2.3. Para os contratos firmados inicialmente com 30 (trinta) beneficiários ou mais, na hipótese de haver redução de mais de 30% (trinta por cento) da massa inicial de Beneficiários constante da proposta de contratação empresarial no decorrer da vigência do Contrato, o faturamento mínimo será realizado considerando-se o percentual de 70% (setenta por cento) desta massa.

13.2.3.1. Será considerado para cálculo do faturamento mínimo o valor da menor contraprestação pecuniária dentre os planos contratados, dos Beneficiários ativos.

13.2.4. 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.

13.2.5. Em caso de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias mensais, os **Beneficiários** terão as coberturas previstas no presente Contrato suspensas até que sejam quitados os valores devidos, os quais deverão ser acrescidos dos encargos de mora acima pactuados. Após o pagamento e a devida comprovação, a cobertura dos serviços será restabelecida.

14. DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS E REGRAS PARA APLICAÇÃO DE REAJUSTE ÚNICO

14.1. EMPRESAS COM 2 A 29 BENEFICIÁRIOS

14.1.1. Em razão do disposto na legislação e regulamentação vigentes, seguem adiante as regras do cálculo do índice de reajuste único- *IRUC* a ser aplicado nos contratos das Empresas pertencentes a este agrupamento de contratos.

14.1.2. O *IRUC* será calculado anualmente no período de apuração (janeiro a dezembro) com base nos dados de Receitas e Despesas, com divulgação até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano e mantido no portal da **CONTRATADA**, identificando os contratos que serão reajustados com o número de registro na ANS, o código informado no sistema RPC e seus respectivos planos.

14.1.3. A apuração do número de Beneficiários de cada contrato ocorrerá na data:

- a) do início de vigência do contrato, para contratos com menos de 12 meses de vigência; e
- b) na data do último aniversário, para contratos com mais de 12 meses de vigência.

14.1.3.1. Ambas as datas estão compreendidas pelo período de apuração (janeiro a dezembro) em que serão coletados os dados para cálculo dos reajustes descritos a seguir.

14.1.4. A apuração da quantidade de Beneficiários do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

14.1.5. Cálculo do índice de reajuste único - *IRUC*

14.1.5.1. A contraprestação pecuniária mensal será reajustada anualmente pelo índice de Reajuste Único Coletivo – *IRUC*, o qual é composto pelos índices de Reajuste Financeiro e Reajuste Técnico.

14.1.5.1.1. REAJUSTE FINANCEIRO (IVCMH)

14.1.5.1.1.1. O reajuste financeiro toma por base o Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares – IVCMH o qual se compõe pela variação dos preços dos Honorários Médicos,

das Diárias e Taxas Hospitalares, dos Medicamentos, dos Materiais Hospitalares e Gases Medicinais, das Despesas Gerais de Administração e do impacto de novos impostos e Contribuições Sociais incidentes sobre as operações da **CONTRATADA**.

14.1.5.1.1.2. REAJUSTE TÉCNICO (IS_c)

14.1.5.1.1.2.1. O Reajuste Técnico tem por objetivo manter o equilíbrio técnico - atuarial do contrato e sua aplicação considera o índice de sinistralidade coletivo IS_c , calculado pela seguinte expressão:

$$IS_c = \begin{cases} se \left(\frac{Da}{Mr} \right) > \beta, \left(\frac{Da}{\beta \times Mr} \right) - 1 \\ se \left(\frac{Da}{Mr} \right) < \beta, 0 \end{cases}$$

sendo:

Da – Total de despesas assistenciais referentes às Empresas integrantes do Agrupamento incorridas no período de 12 (doze) meses.

Mr – Total de contraprestações pecuniárias líquidas recebidas no mesmo período em que Da foi apurada referentes às Empresas integrantes do agrupamento.

β – Percentual máximo estabelecido para a relação Da / Mr , previsto para o todos os contratos integrantes deste Agrupamento, especificamente para este caso, $\beta = 60\%$

14.1.6. Cálculo do índice de reajuste único - IRU_c

14.1.6.1. Considerados os dois índices de reajuste (Técnico e Financeiro), o índice de reajuste único- IRU_c gerado pela composição de ambos, a ser aplicado nos respectivos aniversários dos contratos das empresas pertencentes a este agrupamento, será apurado pela seguinte expressão:

$$IRU_c = [(1 + IVCMH) \times (1 + IS_c) - 1] \times 100$$

14.1.6.1.1. O reajuste da contraprestação será aplicado a partir do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do Contrato, inclusive.

14.1.6.1.2. A aplicação do índice IRU_c será comunicada à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nos termos da legislação vigente.

14.1.6.1.3. O reajuste das empresas integrantes deste agrupamento se dará no mês de aniversário do contrato, que ocorrer no período de maio a abril do ano imediatamente subsequente ao exercício civil em que o IRU_c foi apurado.

14.1.6.1.4. Na hipótese de um contrato pertencente a este agrupamento, na data do seu aniversário, possuir mais de 29 (vinte e nove) Beneficiários, este será automaticamente enquadrado no agrupamento de empresas com 30 a 99 Beneficiários ou para o agrupamento de empresas com 100 a 249 Beneficiários.

14.1.6.1.5. Caso atinja mais de 249 Beneficiários o mesmo deixará de ter seu contrato vinculado a um destes agrupamentos, hipótese que o conduzirá a ter índice de reajuste calculado através das fórmulas descritas nos itens 14.1.6.1.5.2. e 14.1.6.1.5.3. considerando dados observados com sua exclusiva operação.

14.1.6.1.5.1. Cálculo do índice de reajuste (IR)

A apuração de IR será obtida pela seguinte expressão:

$$IR = [(1 + IVCMH) \times (1 + IS) - 1] \times 100$$

14.1.6.1.5.2. REAJUSTE FINANCEIRO (IVCMH)

14.1.6.1.5.2.1. O Reajuste Financeiro (IVCMH) apurado conforme descrito no item 15.1.5.1.1.

14.1.6.1.5.3. REAJUSTE TÉCNICO (IS)

14.1.6.1.5.3.1. O Reajuste Técnico (IS) para Empresas com este número de Beneficiários possui a mesma fórmula de cálculo descrita no item 14.1.5.1.1.2. porém seus parâmetros devem observar as seguintes alterações:

- a) D_a – Total de despesas assistenciais, incorridas no período de 12 (doze) meses, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.
- b) Mr – Total de contraprestações pecuniárias mensais líquidas recebidas no mesmo período em que D_a foi apurada, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.
- c) β – Especificamente para estes agrupamentos, $\beta = 70\%$

14.2. EMPRESAS COM 30 A 99 BENEFICIÁRIOS E EMPRESAS COM 100 A 249 BENEFICIÁRIOS

14.2.1. Além do agrupamento de contratos descrito no item anterior (Empresas com 2 a 29 Beneficiários) estão previstos mais 2 agrupamentos de contratos: **Empresas com 30 a 99 Beneficiários** e **Empresas com 100 a 249 Beneficiários**.

14.2.1.1. Cálculo do índice de reajuste único - IRU_C para estes dois agrupamentos: a fórmula de apuração de IRU_C para cada um destes agrupamentos será a mesma indicada no item 14.1.6. sendo que:

14.2.1.1.1. REAJUSTE FINANCEIRO (IVCMH)

14.2.1.1.1.1. O Reajuste Financeiro (IVCMH) apurado conforme descrito no item 14.1.5.1.

14.2.1.1.2. REAJUSTE TÉCNICO (IS_c)

14.2.1.1.2.1. O Reajuste Técnico (IS_c) para este agrupamento possui a mesma fórmula de cálculo descrita no item 14.1.5.1.2. porém seus parâmetros devem observar as seguintes alterações:

- a) D_a – Total de despesas assistenciais avisadas, referentes às Empresas integrantes do Agrupamento, incorridas no período de 12 (doze) meses, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses
- b) Mr – Total de contraprestações pecuniárias mensais líquidas recebidas no mesmo período em que D_a foi apurada referentes às Empresas integrantes do agrupamento, excluídos os 03 (três) primeiros meses, quando a Empresa tiver contrato com vigência inferior a 12 (doze) meses.
- c) β – Especificamente para estes agrupamentos, $\beta = 70\%$

15. REAJUSTE DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

15.1. A aplicação do reajuste será comunicada à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos da legislação vigente.

15.2. Considera-se reajuste para fins deste contrato qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio técnico atuarial do Contrato.

15.2.1. As aplicações subsequentes ocorrerão anualmente, levando-se em consideração o aniversário do Contrato ou a data do último reajuste aplicado, desde que o período não seja inferior a 12 (doze) meses.

15.3. A **CONTRATADA** comunicará à **CONTRATANTE** o valor da contraprestação pecuniária recalculada, com 30 (trinta) dias de antecedência da efetiva cobrança.

15.4. As contraprestações pecuniárias mensais recalculadas serão cobradas automaticamente e deverão ser pagas na fatura do mês seguinte à comunicação citada no subitem anterior. Na hipótese de não pagamento integral da fatura, esta não será caracterizada como quitada.

15.5. As partes poderão de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula acima descrita optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período, exceto para as hipóteses em que o contrato se enquadrar no agrupamento para reajuste único, nos termos da legislação vigente

15.6. A **CONTRATADA** comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos da legislação vigente a aplicação do reajuste por sinistralidade.

15.7. REAJUSTE POR MUDANÇA DO RISCO COBERTO

15.7.1. Caso seja constatado desequilíbrio econômico-atuarial resultante de alterações no risco assistencial provenientes conforme hipóteses abaixo descritas, cada produto (plano de saúde) terá aplicação de reajuste adicional àqueles já previstos no presente Contrato, conforme estudo da **CONTRATADA** embasado em Nota Técnica Atuarial que será disponibilizada à **CONTRATANTE** nesta eventualidade:

- a) da inclusão de novos procedimentos de cobertura obrigatória no ROL de Procedimentos e Eventos e Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- b) das alterações na legislação que incorram em aumento de custos;
- c) das alterações na rede de prestadores;
- d) das elevações de custos oriundos de decisões do Judiciário;
- e) de alterações nas legislações fiscal e tributária, entre outras possíveis e que impactem no aumento dos custos assistenciais.

16. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

16.1. O valor das contraprestações pecuniárias mensais iniciais do plano de saúde será diretamente proporcional à idade dos Beneficiários incluídos.

16.2. Se aplicável ao plano contratado 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.

16.3. 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.

16.4. A variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o **Beneficiário** completar a idade limite prevista, sendo o reajuste aplicado no mês subsequente ao do aniversário do **Beneficiário**, conforme faixas etárias e percentuais constantes nas Condições Específicas de cada plano.

17. DEMITIDOS E APOSENTADOS EM PLANOS CONTRIBUTÁRIOS

17.1. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, que contribuir para o plano, total ou parcialmente e em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial, rede assistencial, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

17.1.1. O ex-empregado deve assumir integralmente o pagamento das contraprestações pecuniárias mensais, sob a forma de pré-pagamento, observados os seguintes períodos de manutenção e tempo de contribuição:

17.1.1.1. Ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa: 1/3 (um terço) do tempo em que tenha contribuído para o plano vigente ou seus sucessores, assegurado o mínimo de 06(seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

17.1.1.2. A qualquer tempo a admissão em novo emprego acarretará o desligamento do Beneficiário e seus Dependentes deste plano;

17.1.1.3. Aposentado: Desde que tenha contribuído para o plano de saúde pelo prazo mínimo de 10(dez) anos, poderá permanecer inscrito no plano de saúde enquanto perdurar o contrato ou até que seja admitido em novo emprego.

17.1.1.3.1. O ex-empregado aposentado que contribuiu no mesmo plano ou seu sucessor por período inferior a 10(dez) anos, é assegurado o direito a manutenção como beneficiário, à razão de 1(um) ano para cada ano de contribuição, ou até que seja admitido em novo emprego.

17.1.1.4. A manutenção de que trata esta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

17.1.1.4.1. A obrigação de extensão a todo o grupo familiar, não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado individualmente ou com parte do seu grupo familiar, assim como não exclui a possibilidade de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

17.1.1.4.2. Caso o ingresso do novo cônjuge e filhos ocorra após 30 (trinta) dias do evento que originou a relação de dependência, a inclusão será realizada mediante os prazos contratuais de carências.

17.1.2. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao beneficiário o direito de manutenção no plano, na proporção do período ou soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.

17.1.3. Para efeito de contagem de tempo de contribuição pelos ex-empregados demitidos ou exonerados e sem justa causa ou aposentado, são considerados os períodos em que os beneficiários tenham contribuído em planos contratados sucessivamente pela Contratante com mais de uma operadora, desde que os contratos da cadeia de sucessão contratual tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei 9656/1998.

17.1.4. A contribuição do Beneficiário no pagamento da contraprestação pecuniária em planos sucessivos em decorrência de vínculo empregatício com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para fins dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998, como contribuição para um único plano, ainda que ocorra a rescisão do contrato de trabalho.

17.1.5. O período de contribuição do empregado para plano anterior da respectiva adaptação ou migração, será considerado para efeito de contagem de tempo de contribuição nos termos da legislação e regulamentação vigentes.

17.1.6. O demitido sem justa causa e o aposentado deverão comunicar imediatamente à **CONTRATADA** a sua admissão em novo emprego. O descumprimento dessa obrigação implicará no desligamento do beneficiário e seus dependentes do plano e na caracterização de fraude, sujeitando o Beneficiário a indenizar a **CONTRATADA** das perdas e danos dela decorrentes.

17.1.7. Na manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, serão observadas as mesmas condições de segmentação, cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano ao qual estava vinculado durante a vigência do contrato de trabalho.

17.1.8. O ex-empregado aposentado que continua trabalhando na mesma Empresa, e venha desta a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, observado o disposto no artigo 31, da Lei 9656/1998, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias mensais.

17.1.9. Em caso de morte do beneficiário titular, demitidos/exonerado sem justa causa ou aposentado, é assegurado o direito de permanência no plano de todo grupo de dependentes inscritos, observado o plano a que tinha direito o titular falecido, desde que manifestado o interesse pelo responsável legal da continuidade do benefício para a **CONTRATADA**, no prazo máximo de 30(trinta) dias a contar do falecimento do **Beneficiário** titular, por responsável legal, assumindo este o pagamento das contraprestações pecuniárias mensais.

17.1.10. Caso o aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa, venha a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31 da Lei 9656/1998, será garantido aos seus dependentes que se encontravam inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, o direito à manutenção na condição de beneficiários.

17.1.11. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

17.1.12. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos da legislação e regulamentação vigentes.

17.1.13. Nos planos coletivos custeados integralmente pela **Contratante**, não é considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados, a coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

17.1.14. Quando da opção pelo **Beneficiário** de seu ingresso em um plano de categoria superior àquele oferecido sem ônus pela **Contratante**, mediante a assunção do pagamento da diferença do valor existente entre as contraprestações pecuniárias, considera-se este valor como contribuição, assegurando ao **Beneficiário** os direitos previstos nesta cláusula.

17.1.15. A **Contratante** poderá subsidiar o plano dos ex-empregados ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento.

17.1.16. Fica estabelecido que o período de permanência dos dependentes não pode exceder o prazo legal estipulado para os Beneficiários Titulares.

17.2. Inscrição e desligamento dos demitidos e aposentados

17.2.1. A **Contratante**, no ato da comunicação do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado ou aposentadoria, deverá comunicar por escrito o Beneficiário Titular demitido ou aposentado sem justa causa ou aposentado do seu direito de opção ou não pela manutenção da condição de Beneficiário, o qual deverá ser exercido, no prazo de até 30 (trinta) dias, desta comunicação, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias mensais.

17.2.2. A contagem do prazo supra previsto, somente se iniciará a partir da data da comunicação formal da Contratante ao ex-empregado.

17.2.3. A opção do **Beneficiário** demitido ou aposentado em manter sua condição de **Beneficiário** no plano de saúde deverá ser formalizada ao Departamento de Recursos Humanos (RH) da **CONTRATANTE** mediante fornecimento dos seguintes documentos:

- a) Formulário próprio fornecido pela **CONTRATADA**, denominado “Termo de Opção de Continuidade”, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário “COMUNICADO PARA OPÇÃO PELA CONTINUIDADE Arts. 30 e 31 DA LEI PLANOS DE SAÚDE - LEI Nº 9656/1998”;
- c) Cópia do último holerite ou documentos emitidos pela empresa que demonstrem os descontos referentes à contribuição ao Plano de assistência à saúde;
- d) Comprovante de residência em nome do **Beneficiário titular**;
- e) Cópias do RG / CPF ou CNH do **Beneficiário titular** e **Dependente(s)** quando maior de 18 (dezoito) anos;
- f) Cartão SUS (Sistema Único de Saúde) do **Beneficiário titular** e **Dependente(s)**;
- g) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- h) No caso de Aposentado: apresentar além dos documentos citados acima, cópia da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS.

17.2.4. Caberá a **Contratante** enviar eletronicamente, via e-mail disponibilizado pela operadora, a documentação prevista nos Formulários de opção à continuidade no plano à **CONTRATADA**, conforme previsão contratual.

17.2.5. Caberá ao demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado que optar pela manutenção na condição de **Beneficiário** o pagamento integral da contraprestação pecuniária do plano de saúde.

17.2.6. O valor integral da mensalidade que caberá ao ex-empregado é composto pela contribuição do empregador somado à eventual participação do empregado, nas hipóteses em que há subsídio pelo empregador.

17.2.7. A cobrança do valor da contraprestação pecuniária mensal do plano de saúde do Beneficiário será realizada por faixa etária, observada a tabela de custos por faixa etária disposta na Proposta de Contratação e/ou Aditamento.

17.2.7.1. A tabela de preços por faixa etária com suas devidas atualizações estará disponível para consulta a qualquer tempo pelos Beneficiários no Departamento de Recursos Humanos (RH) da **CONTRATANTE** ou através dos canais de atendimento da **CONTRATADA**.

17.2.7.2. O reajuste do valor da contraprestação pecuniária paga pelo demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado observará as mesmas regras do contrato para todas as previsões de reajuste, incluindo o reajuste por faixa etária.

17.2.8. Em caso de atraso de 05 (cinco) dias do pagamento das mensalidades pelo beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, contados do vencimento das contraprestações pecuniárias mensais, a **CONTRATADA** poderá suspender a execução dos serviços, independentemente de aviso ou notificação prévia, sem prejuízo da cobrança do valor total acrescido 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 pagamento, independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à parte inadimplente e;

17.2.9. Em caso de inadimplemento superior a 30(trinta) dias consecutivos ou não a contar da data do vencimento, caracterizado pelo não pagamento de qualquer valor devido, a **CONTRATADA** poderá ainda considerar imediatamente desligado o Beneficiário Titular inadimplente e seu(s) dependente(s) inscrito(s), sem prejuízo da cobrança do total devido, acrescido dos percentuais previstos no item anterior.

17.2.10. Os demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, e seus dependentes, perderão o direito à permanência nas seguintes hipóteses:

- a) Por não pagamento da contraprestação pecuniária mensal;
- b) Por não pagamento da contraprestação pecuniária mensal pelo período de 30 (trinta) dias consecutivos a contar da data de vencimento;
- c) No caso de encerramento ou cancelamento do plano mantido pela Contratante;

- d) Quando o Beneficiário Titular demitido ou aposentado for admitido em novo emprego, considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso de ex-empregado em um plano coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão;
- e) Quando expirar o prazo de permanência previsto para o demitido e para o aposentado que contribuiu para o plano por prazo inferior a 10 anos;
- f) Quando constatada fraude, tentativa de fraude, dolo ou inobservância das obrigações estabelecidas na lei ou neste contrato;
- g) Quando vier a ser solicitada a exclusão pelo Beneficiário Titular diretamente à **CONTRATADA**, quer seja a sua própria exclusão ou a de seu(s) Dependente(s);
- h) Quando falecido o Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado e não manifestada a intenção de permanência no plano pelos dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias do falecimento, pelo responsável legal.

17.2.11. A **CONTRATADA** poderá solicitar a qualquer tempo, no momento da utilização de qualquer serviço em sua Rede Própria pelo beneficiário demitido ou aposentado, a apresentação da Carteira de Trabalho, para averiguação se o mesmo foi admitido em novo emprego, de acordo com o disposto na legislação e regulamentação vigentes.

17.3. Continuidade após cancelamento do benefício pela Contratante

17.3.1. Em caso de cancelamento do benefício de plano de saúde oferecido aos **Beneficiários** pela **Contratante**, a **CONTRATADA** colocará à disposição dos empregados e ex-empregados da **Contratante**, a preços da tabela vigente para pessoas físicas, seu plano de saúde na modalidade Individual ou Familiar, **desde que este produto esteja sendo comercializado na ocasião.**

17.3.2. A **CONTRATADA** poderá aproveitar os prazos de carências já cumpridos no plano coletivo cancelado, desde que a inscrição do Beneficiário no plano individual ou familiar seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do cancelamento do benefício pela **CONTRATANTE**, observados os termos da legislação e regulamentação vigentes.

18. PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de **Beneficiário** poderá ocorrer nas seguintes situações:

18.1. Da perda da qualidade do Beneficiário Titular:

18.1.1. Por rescisão do presente Contrato;

18.1.2. Pelo término do vínculo com a **Contratante**, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos contributários, nos termos previstos da Lei, cabendo à **Contratante** comunicar aos **Beneficiários** as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

18.1.3. Por fraude praticada pelo **Beneficiário** Titular, ou inobservância das obrigações estabelecidas na Lei ou neste Contrato.

18.1.4. Por solicitação de exclusão, manifestada pelo próprio **Beneficiário** Titular.

18.2. Da perda da qualidade de Beneficiário Dependente:

18.2.1. Pela perda da condição de dependência;

18.2.2. Pela exclusão do **Beneficiário** Titular;

18.2.3. Por fraude praticada pelo **Beneficiário** Dependente, ou inobservância das obrigações estabelecidas na Lei ou neste Contrato.

18.2.4. Por solicitação de exclusão, manifestada pelo **Beneficiário** Titular.

18.3. Exclusão do Beneficiário do plano

18.3.1. Para exclusão do **Beneficiário** do plano, a **Contratante** deverá enviar as informações abaixo, devendo utilizar meio eletrônico fornecido pela **CONTRATADA**.

a) se o **Beneficiário** foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

b) se o **Beneficiário** demitido ou exonerado sem justa causa é um Beneficiário aposentado que continua trabalhando na Contratante;

c) se o **Beneficiário** contribuía para o pagamento do plano de assistência à saúde;

d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de assistência à saúde;

e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição. A exclusão do Beneficiário somente será aceita pela **CONTRATADA**, mediante apresentação da comprovação da comunicação ao Beneficiário.

f) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado contribuiu com o plano em operadoras anteriores.

18.3.2. Fica estabelecido que as informações acima, bem como o documento formalizado no ato da comunicação do Aviso Prévio, a ser cumprido ou indenizado ou da comunicação da aposentadoria, deverá ser enviado à **CONTRATADA**, junto com o Termo de Opção de Continuidade no plano. Na hipótese de apresentação intempestiva do documento requerido ou a sua não apresentação, a Contratante arcará com todos os prejuízos eventualmente sofridos pela **CONTRATADA** ou terceiros, em decorrência desta ação ou omissão.

18.3.3. Caso **Beneficiário Titular** solicite a **CONTRATADA** a sua exclusão, ou a de seu(s) Dependente(s), a mesma será processada imediatamente, desde que comprovada que a referida solicitação foi devidamente protocolada na empresa **Contratante**, em período superior à 30 (trinta) dias, sem que a mesma tenha solicitado a sua exclusão à **CONTRATADA**.

19. SUSPENSÃO/RESCISÃO

19.1. Caso a **CONTRATANTE** atrase o pagamento de qualquer das contraprestações pecuniárias mensais por período superior a 05 (cinco) dias, o direito à cobertura e ao reembolso do plano privado de assistência à saúde será suspenso para todos os Beneficiários.

19.1.1. O Contrato poderá ser rescindido nas seguintes situações:

19.1.1.1. No caso de inadimplência pela **CONTRATANTE**, pelo não pagamento das contraprestações pecuniárias mensais por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do presente Contrato.

19.1.1.1.1. Será considerada inadimplência o não pagamento integral da fatura no caso de faturamento mínimo para os contratos firmados inicialmente com mais de 30 (trinta) beneficiários.

19.1.1.1.2. Qualquer tolerância pelas partes em relação às cláusulas e condições do presente instrumento ou mesmo o retardamento da exigibilidade de direitos, não importará em precedente, novação, moratória ou alteração, permanecendo todos os termos deste Contrato plenamente exigíveis; e

19.1.1.2. Na existência de apenas 01 (um) Beneficiário no plano para os planos contratados firmados inicialmente com menos 30 (trinta) beneficiários.

19.1.1.3. Imotivadamente, por qualquer das Partes, transcorrido o prazo inicial de 12 (doze) meses, mediante prévia notificação escrita a ser enviada pela parte denunciante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

19.1.1.3.1. Durante o período de aviso-prévio, o número de Beneficiários não poderá ser reduzido, exceto por perda da qualidade de Beneficiário, e as contraprestações mensais restantes serão calculadas pela média das 06 (seis) contraprestações imediatamente anteriores à data do aviso-prévio, salvo se esta média for inferior ao valor médio da última contraprestação a ser paga, caso em que este valor prevalecerá para o cálculo acima previsto.

19.1.1.4. Verificada a ilegitimidade da **CONTRATANTE** na modalidade de empresário individual ou falta de comprovação de sua regularidade, no aniversário do contrato, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, com a ressalva de que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

19.1.1.4.1. À exceção da ilegitimidade e inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial contratado por empresário individual,

somente poderá ser rescindido pela **CONTRATADA**, na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, em que conste as razões da rescisão no ato da comunicação.

19.1.1.4.2. Na hipótese de inadimplência, observados os prazos e condições da cláusula **19.1.1.1.**, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia a **CONTRATANTE**, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.

19.1.1.5. A **CONTRATADA** poderá ainda cancelar o contrato na hipótese de informações incorretas ou inverídicas da **Contratante**, omitindo informações que possam influir na aceitação do Contrato ou ainda para auferir vantagens próprias ou para seus Beneficiários, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

19.1.1.5.1. Nas hipóteses de extinção do contrato por fraude ou violação contratual a **CONTRATADA** poderá ainda buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

19.2. Nos casos em que o(a) **CONTRATANTE** rescinda imotivadamente ou venha a dar causa à rescisão do Contrato, inclusive no caso de inadimplência ou de qualquer outro inadimplemento contratual, antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses iniciais de vigência do contrato, ficará sujeita ao pagamento do montante equivalente 50% (cinquenta por cento) do valor correspondente à média do faturamento durante a vigência do contrato.

19.2.1. O contrato poderá ser rescindido motivadamente pela **CONTRATADA**, quando da ocorrência de esvaziamento de beneficiários, seja total ou em quantidade de vidas abaixo do número mínimo estabelecido neste INSTRUMENTO, durante a vigência inicial ou após a sua renovação, sem prejuízo da cobrança da multa rescisória prevista no item imediatamente anterior e das demais penalidades previstas em contrato para a hipótese de rescisão.

19.2.2 A **CONTRATANTE**, neste ato, concorda e se compromete com referido pagamento, através de fatura complementar, com data de vencimento no último dia de vigência do Contrato.

19.3. Ainda na hipótese de rescisão deste Contrato, por qualquer motivo, a **CONTRATANTE** compromete-se a:

(i) transferir todos os Beneficiários ativos e inativos para a Operadora de Plano de Saúde e/ou Seguradora de Saúde por ela contratada, de modo que os atendimentos assistenciais, inclusive aqueles decorrentes de ordem judicial, sejam integralmente assumidos pela nova Operadora/Seguradora. Caso tal fato não ocorra, a **CONTRATANTE** desde já se responsabiliza por reembolsar a **CONTRATADA** de todas as despesas decorrentes dos

atendimentos que esta possa vir a ser compelida a prestar, acrescidas de 20% (vinte por cento) a título de taxa de administração e dos impostos incidentes, na forma da legislação, assim como pelas custas e despesas judiciais, honorários advocatícios, penalidades/multas (inclusive pecuniárias) etc., decorrentes de processos judiciais ou administrativos interpostos ou originados pelos **Beneficiários** contra a **CONTRATADA** para esse fim;

(ii) reembolsar a **CONTRATADA** de todas as cobranças efetuadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a título de ressarcimento ao SUS – Sistema Único de Saúde, cuja cobrança tenha sido recebida e não considerada para o cálculo da sinistralidade apurada até a data da efetiva rescisão do Contrato;

(iii) reembolsar a **CONTRATADA** de todas as despesas referentes aos atendimentos assistenciais prestados aos Beneficiários, cujas contas médicas tenham sido recebidas no período de até 60(sessenta) dias contados da data da efetiva rescisão do contrato;

(iv) assumir a responsabilidade por todos os custos, penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em reclamações, qualquer que seja a sua natureza, intentadas pelos Beneficiários, que venham a ser mantidos na qualidade de Beneficiários da **CONTRATADA**, após o término de vigência do contrato;

(v) assumir a responsabilidade integral por todos os custos, a partir da rescisão/encerramento do contrato, bem como por penalidades, multas e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida contra a **CONTRATADA**, que envolva os **Beneficiários** do contrato, obrigando-se a ressarcir-la, após a comunicação da respectiva ocorrência, de todos os valores que a **CONTRATADA** venha a despender em decorrência de reclamações, seja de que natureza forem, envolvendo os **Beneficiários**; desde que o fato gerador tenha ocorrido fora do período de vigência do contrato.

20. DO COMPLIANCE E DA SUSTENTABILIDADE

20.1. O relacionamento das empresas pertencentes à combinação de negócios entre **HAPVIDA SISTEMA DE SAÚDE** e **NOTRE DAME INTERMÉDICA** e das empresas de seu Grupo Empresarial, com seus fornecedores, parceiros e clientes são pautados em suas políticas aplicáveis à relação contratual, bem como no Código de Conduta Ética e no Programa de Compliance disponibilizados nos sites <https://www.hapvida.com.br/site/integridade-e-compliance> e www.gndi.com.br/grupo/etica-no-gndi, sendo certo que qualquer prática contrária aos seus conteúdos ou se constatada a participação ou concorrência da contraparte ou de qualquer de seus representantes para configuração de infração, em especial nas hipóteses de corrupção previstas na legislação vigente na data do evento, notadamente a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013) e na Lei Contra a Lavagem de Dinheiro (Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998), parcialmente reformada pela Lei nº 12.683 de 2012, mas sem se limitar a elas, serão consideradas nulas para todos os fins e efeitos, ensejando a rescisão motivada e imediata do presente instrumento, independentemente de qualquer notificação, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas neste Contrato e da apuração de eventuais perdas e

danos. Em caso de denúncias relacionadas a violação de leis, regulamentos e/ou políticas do **HAPVIDA** e/ou da **NOTRE DAME INTERMÉDICA**, a comunicação poderá ocorrer pelos canais de denúncias independentes, de forma anônima, pelo e-mail: gndi@canaldedenuncia.com.br, pelos sites www.canalconfidencial.com.br/grupohapvida e www.canaldedenuncia.com.br/gndi ou pelos telefones 0800 591 5126 e 0800 025 8856. Fica ainda disponível para dirimir dúvidas e inconformidades o e-mail integridade@hapvida.com.br.”

20.2. As Partes se comprometem a:

- (a)** respeitar e fazer cumprir todas as disposições da legislação ambiental vigente, responsabilizando-se perante a outra parte, os Órgãos Ambientais e à Sociedade, por todo e qualquer dano ou prejuízo que porventura causar ao meio ambiente, bem como a executar seus serviços respeitando os atos legais, normativos, administrativos e correlatos, emanados das esferas Federal, Estaduais e Municipais, incluindo, mas não limitando ao cumprimento da Lei Federal nº 6.938/81 (Política Nacional do Meio Ambiente), da Lei nº 9.605/98 (Lei dos Crimes Ambientais) e da Lei nº 12.305/10 Política Nacional de Resíduos Sólidos implementando ainda esforços nesse sentido junto aos seus respectivos colaboradores de produtos e serviços, a fim de que esses também se comprometam a conjugar esforços para proteger e preservar o meio ambiente, bem como a se prevenir contra práticas danosas a este;
- (b)** não empregar trabalhadores menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz a partir de quatorze anos, nos termos da Lei nº 10.097 de 19.12.2000 e da Consolidação das Leis do Trabalho e demais legislações que regem a matéria.
- (c)** não empregar adolescentes até 18 anos de idade, em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social, bem como em locais e serviços perigosos ou insalubres, em horários que não permitam a frequência à escola e, ainda, em horário noturno, de acordo com a legislação específica;
- (d)** não adotar práticas de trabalho análogo ao escravo e trabalho ilegal de crianças e adolescentes no cumprimento do presente contrato;
- (e)** combater à prática de discriminação em todas as suas formas;
- (f)** valorizar a diversidade em seus locais de trabalho, promovendo a equidade;
- (g)** prevenir o assédio moral e sexual;
- (h)** combater a exploração sexual de crianças e adolescentes em suas operações e na sua cadeia de suprimento;
- (i)** realizar o pagamento pontual e correto de suas obrigações com seus empregados;
- (j)** realizar o pagamento pontual e correto de suas obrigações com a Receita Federal, a previdência social e demais obrigações tributárias.

21. DA SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE

21.1. De parte a parte, em razão do contrato ora celebrado, quanto a Segurança da Informação, cumprem:

- (a)** respeitar as Políticas, Normas e Procedimentos de Segurança, aplicações ou dados.

(b) garantir que o ambiente de Tecnologia da Informação, em seu lado, assegure a integridade, disponibilidade e confidencialidade do patrimônio de Tecnologia da Informação, incluindo dados, informações e direitos de propriedade intelectual.

(c) sendo a tecnologia evolutiva, se reservam ao direito de solicitar o preenchimento de questionários de segurança e/ou relatórios sobre os mecanismos de segurança necessários para a proteção da confidencialidade, integridade e disponibilidade dos produtos e serviços escopo deste contrato.

(d) comunicar e solicitar aprovação a respeito de qualquer alteração ou atualização no modelo de comunicação de dados entre as Partes, mudanças significativas na arquitetura e em configurações de segurança;

(e) comunicar imediatamente a outra Parte sempre que for identificado um incidente de segurança associado ao serviço prestado e as informações sob custódia da que sofrer o incidente.

(f) deverão fornecer um canal de comunicação direto para tratamento aos eventos que envolvam incidentes de segurança cibernética;

(g) em caso de rescisão do contrato, todas as informações custodiadas de uma parte a outra, deverão ser devolvidas e removidas da infraestrutura da de forma segura, tais como: tecnologia Enhanced Secure Erase (preferencialmente) ou a tecnologia Secure Erase, ou outra tecnologia de WIPE similar que torne as informações irrecuperáveis.

(h) reparar, corrigir ou substituir imediatamente, às suas expensas, no total ou em parte do objeto deste contrato, quando se identificarem riscos ou vulnerabilidades ou incorreções resultantes da execução, sem custo adicional da contratante;

(i) poderão a qualquer momento, editar cláusulas de Segurança da Informação estipuladas, na forma pactuada neste instrumento para adequação dos serviços ou atendimento das normas dos reguladores ou adequações às práticas de segurança.

(j) responsabilizar-se pelos comprovados atos e omissões praticados por seus empregados e/ou contratados, bem como, mas não se limitando a quebra de sigilo das informações confidenciais da contratante e/ou pelos danos que estes comprovadamente venham causar para a contratante.

21.2. De parte a parte, em razão do contrato ora celebrado, quanto a Confidencialidade sobre Informações Confidenciais, cumprem:

(a) A PARTE RECEPTORA compromete-se expressamente a não fornecer a terceiros e a manter em estrito sigilo as informações deste Contrato, bem como se compromete a não as utilizar, exceto no que concerne ao desenvolvimento dos objetivos e prestações de serviços deste Contrato. Na hipótese de violação da presente cláusula, a PARTE RECEPTORA estará sujeita a indenizar a PARTE DIVULGADORA por quaisquer prejuízos que venha a suportar.

(b) Entende-se por informações confidenciais, neste Contrato, todos os dados que não sejam de domínio público, reveladas pela PARTE DIVULGADORA à PARTE RECEPTORA, com referência aos seus negócios ou a assuntos de seus interesses, inclusive, mas sem limitação, todas as informações financeiras, operacionais, técnicas ou mercadológicas, bem como aquelas

informações originadas durante a prestação do serviço e que constituam propriedade e/ou posse da PARTE DIVULGADORA.

(c) Toda a base de dados gerada, compartilhada ou disponibilizada entre as partes em virtude do serviço contratado, serão considerados confidenciais em caráter irrevelável e irretratável, e sobreviverão por até cinco anos após o respectivo término da vigência deste contrato.

(d) A PARTE RECEPTORA poderá fazer uso das informações disponibilizadas pela PARTE DIVULGADORA, somente para os propósitos da prestação de serviço, formalizada em contrato, estando proibida a utilização para fins pessoais ou de outras empresas, sob pena da rescisão contratual e penalidades previstas no CONTRATO, respondendo pelas perdas e danos incorridos.

(e) A PARTE RECEPTORA reconhece expressamente que a divulgação de qualquer informação a que tenha tido acesso, com violação das obrigações aqui assumidas, importa na prática de crimes previstos nos artigos 153 e 154 do Código Penal e na Lei nº 9.279, de 14.05.96, bem como na prática de ilícito civil, ensejando ação de perdas e danos.

(f) O não cumprimento por parte da PARTE RECEPTORA da obrigação da confidencialidade aqui prevista, ou por parte de qualquer de suas sócias, associadas, funcionárias, prepostas, agentes, ou representantes, eximirá a PARTE DIVULGADORA do cumprimento de suas obrigações, inclusive pecuniárias, nos termos dos artigos 476 e 477 do Código Civil, sem prejuízo das sanções civis e penais cabíveis.

22. DAS GARANTIAS RECÍPROCAS

22.1. As Partes garantem uma à outra, que:

(a) Conhecem e cumprem integralmente o disposto nas leis brasileiras, incluindo, mas não se limitando, as Leis Anticorrupção, Lei de Lavagem de Dinheiro, Lei da Defesa da Concorrência, Lei das Licitações, bem como nas demais legislações correlatas vigentes e normas emitidas pelos órgãos reguladores de mercado ou setor ("Legislação sobre Ética"), no que for aplicável;

(b) Não tomaram e não tomarão qualquer ação uma em nome da outra;

(c) Não realizaram e não realizarão qualquer ato que venha a favorecer em desacordo com a Legislação sobre Ética, de forma direta ou indireta, uma à outra ou quaisquer terceiros;

(d) Mantiveram e manterão, durante todo o relacionamento decorrente do presente CONTRATO (negociação, período de vigência e término), total conformidade com seus respectivos Código de Ética ou Conduta, bem como com as normas que compõem a Legislação sobre Ética, no que for aplicável, independentemente de qualquer aviso ou notificação;

(e) Já têm implementado um programa de integridade/compliance, treinamento, canal de comunicação eficaz ou qualquer outro mecanismo para a prevenção e detecção de violação da Legislação sobre Ética e dos requisitos estabelecidos nesta Cláusula;

(f) Salvo conforme previamente divulgado à outra Parte, nenhum dos conselheiros, diretores, sócios ou empregados da Parte diretamente envolvidos neste Contrato é atualmente um agente público. Cada Parte deverá informar a outra, imediatamente e por escrito, quando qualquer de seus conselheiros, diretores, sócios ou empregados tornar-se um agente público;

- (g) Manterão seus livros e/ou Escrituração Contábil Digital (ECD), registros e documentos contábeis com detalhes e precisão suficientemente adequados para refletir claramente as operações e os recursos objetos do presente CONTRATO;
- (h) Não têm nenhuma relação atual ou iminente que crie conflito de interesses ou que de algum modo inviabilize a execução do objeto deste Contrato; e,
- (i) Asseguram que todas as informações enviadas à outra Parte, sob as penas da legislação aplicável, são completas, verdadeiras e precisas assumindo total responsabilidade pela sua exatidão, quando foram prestadas;
- (j) No âmbito deste CONTRATO e na hipótese de violação de qualquer dos itens supramencionados: (i) informar imediatamente a outra Parte acerca das referidas violações e, (ii) isentar a Parte inocente de toda e qualquer responsabilidade relacionada à referida violação, indenizando-a por quaisquer perdas e danos, custos ou despesas, incluindo, mas não se limitando, às condenações administrativas ou judiciais e honorários razoáveis que vier a incorrer para a defesa de seus direitos e interesses.
- (k) se obrigam a apresentar todo e qualquer documento que, solicitado de forma justificada pela outra parte, ateste o adimplemento das obrigações contratuais.
- (l) buscam participar ativamente em uma agenda local/nacional de desenvolvimento;
- (m) buscam valorizar a capacitação e emprego de pessoas com deficiência.

23. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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

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

23.2.1. A **CONTRATANTE** reconhece que, para fins da gestão administrativa e prestação dos serviços de assistência à saúde e demais serviços contratados pelo presente Contrato, a **CONTRATADA** necessita receber e tratar todos os **Dados Pessoais** mencionados no presente Contrato ou nos demais documentos que regulam a relação com a **CONTRATANTE** ou com os **Beneficiários**, bem como outros que possam vir a ser necessários no caso concreto. A **CONTRATADA** poderá receber esses **Dados Pessoais** do próprio **CONTRATANTE**, de corretores

que intermediam a relação com a **CONTRATADA** e, no decorrer do uso dos serviços de assistência à saúde, a **CONTRATADA** receberá os **Dados Pessoais** do **Beneficiário**, da **Rede Credenciada**, da **Rede Própria** ou de outros atores envolvidos na prestação dos serviços. A **CONTRATADA** não será responsável por eventuais danos causados pelo tratamento de **Dados Pessoais** desatualizados, imprecisos ou de qualquer forma incorretos que tenha recebido.

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

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

23.4. Se qualquer uma das **Partes** receber uma reclamação, consulta ou solicitação de um titular de dados em relação ao tratamento de **Dados Pessoais** (incluindo, sem limitação, qualquer solicitação de acesso, retificação, exclusão, portabilidade ou restrição de tratamento de dados pessoais) de acordo

com o Artigo 18 da LGPD e, caso a assistência da outra **Parte** seja necessária para responder a reclamação, consulta e/ou solicitação, essa **Parte** deverá notificar a outra Parte, dentro de cinco (5) dias úteis. Neste caso, a **Parte** notificada cooperará com a Parte notificante;

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

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

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

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

23.7.1. Para fins do disposto nesta Cláusula, caso a **Parte Prejudicada** receba qualquer reivindicação que deva ser indenizada pela outra Parte, ela deverá: (i) notificar a Parte responsável, conforme Cláusula **23.4**; (ii) conceder à **Parte** responsável controle exclusivo sobre a demanda; (iii) abster de praticar qualquer ato ou assinar qualquer acordo, sem a prévia anuência da **Parte** responsável.

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

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

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1. 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.

24.2. 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

24.3. 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.

24.4. Não cabe à **CONTRATANTE** 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**.

24.5. A precificação do presente contrato considerou que a cobertura prestada se restringe exclusivamente àquela constante do Rol de Procedimentos da ANS. Fica então ajustado que, caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais ou quaisquer tipos de cobertura ou quaisquer concessões não previstas nas condições deste contrato, demandadas por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, as Partes acordam que:

(i) nos casos em que a **CONTRATADA** for considerada responsável pelo pagamento das despesas acima mencionadas, a **CONTRATADA** deverá notificar a **CONTRATANTE**, em até 10 (dez) dias do recebimento da citação judicial ou notificação administrativa, sobre a ocorrência da situação, para que a **CONTRATANTE** tenha a oportunidade de intervir e se manifestar a respeito, podendo indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

(ii) discutirão meios alternativos para atender à determinação judicial, inclusive a sua possível reversão, incluindo envidarem esforços junto ao **Beneficiário** para orientá-lo sobre as alternativas disponíveis junto a Rede Credenciada da **CONTRATADA**.

24.5.1. Se as partes não obtiverem êxito na reversão do cumprimento da obrigação decorrente da decisão judicial ou administrativa, o ônus financeiro, exclusivamente no tocante à cobertura do(s) procedimento(s) não coberto(s), será(ão) objeto de avaliação pela **CONTRATADA**, com vistas à aprovação do valor da cobertura, observado o seguinte:

(i) cobertura de procedimento previsto no Rol de Procedimentos da ANS: o valor aprovado será alocado junto às despesas assistenciais do contrato (reversão para sinistro);

(ii) cobertura de procedimento não previsto no Rol de Procedimentos da ANS: o valor aprovado poderá ser alocado junto às despesas assistenciais do contrato (reversão para sinistro) ou ressarcido à **CONTRATADA** a título de custo operacional, via fatura complementar, cuja definição caberá exclusivamente a **CONTRATANTE**.

24.5.1.1. A inobservância da previsão constante no item acima desobrigará a **CONTRATANTE** ao reembolso de qualquer despesa.

24.5.2. O evento que for quitado pela **CONTRATANTE** não será considerado para fins de cálculo da sinistralidade do contrato.

24.6. 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.

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

24.6.1.1. 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.

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

24.7. 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.

24.8 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.

24.9. A **CONTRATANTE**, neste ato, declara ter ciência de que as informações oriundas do presente Contrato, principalmente, mas não se limitando, às informações médicas dos **Beneficiários**, eventualmente fornecidas na forma do Código de Ética Médica, bem como às informações financeiras e atuariais, fornecidas através de relatórios ou qualquer outra forma, são confidenciais.

24.9.1. A **CONTRATANTE** se compromete a zelar por todas as informações recebidas, de forma a evitar que sejam reveladas a terceiros, utilizando para tanto o mesmo zelo e cuidado que dispensa às suas próprias informações de igual importância.

24.9.2. A não observância desta cláusula sujeitará a **CONTRATANTE**, como também o agente causador ou facilitador a ela vinculado, o pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridos pela **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade criminal, que serão apuradas em regular processo judicial ou administrativo.

24.9.3. O término do presente Contrato não desobriga a **CONTRATANTE** quanto ao compromisso de confidencialidade aqui estipulado em relação às informações divulgadas anteriormente à efetiva data de seu encerramento.

24.10. A **CONTRATANTE**, neste ato, declara ter ciência de que, por força do artigo 32 da Lei nº 9656/98, todos os atendimentos médico-hospitalares prestados pela rede pública de saúde a quaisquer dos **Beneficiários** do presente Contrato serão cobrados da **CONTRATADA** pela ANS (ressarcimento ao SUS), constituindo-se, desta forma, em custos assistenciais da **CONTRATANTE**, e considerados para fins de cálculo dos índices de sinistralidade.

24.10.1. A **CONTRATANTE** compromete-se, por si e pelo demais beneficiários eventualmente vinculados no presente contrato, a enviar no prazo máximo de 05 (cinco) dias toda e qualquer documentação e/ou informação que venha a ser solicitada pela **CONTRATADA** para apresentação nos processos que envolvam o Ressarcimento ao SUS, em atenção ao artigo 32, da Lei n.º 9656/98, durante e depois de finda a vigência do presente Contrato.

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

24.12. 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).

24.13. 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”).

24.14. 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.

25. FORO

25.1. Fica eleito o foro do domicílio da **Contratante** para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.