Sul do Pará
SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR

NOVEMBRO/2023 – 1ª EDIÇÃO

ANS - nº 423718

Sul do Pará SAÚDE

SUMÁRIO

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO 3

1.1. OBJETO 3

1.2. NATUREZA 3

2. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 3

2.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 3

2.2. INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOBGUARDA OU TUTELA E DO CÔNJUGE / COMPANHEIRO 4

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 6

3.1. DISPOSIÇÕES GERAIS: 6

3.2. COBERTURA AMBULATORIAL: 7

3.3. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: 9

4. EXCLUSÕES DE COBERTURAS 13

4.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 13

5. DA DURAÇÃO DO CONTRATO 17

5.1. DA VIGÊNCIA 17

5.2. DA PRORROGAÇÃO 17

6. DA CARÊNCIA 17

6.1. DEFINIÇÃO 17

6.2. PERÍODOS DE CARÊNCIA 17

7. MUDANÇA DE ENFERMARIA PARA APARTAMENTO 18

7.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 18

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 18

8.1. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) 18

8.2. ALEGAÇÃO DE OMISSÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE 20

8.3. CASOS EM QUE NÃO OCORRERÁ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES 21

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 21

9.1. DEFINIÇÕES 21

9.2. DISPOSIÇÕES GERAIS 21

10. DO REEMBOLSO 22

10.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 22

11. DA REMOÇÃO 23

11.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 23

12. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO 25
12.1. PROCEDIMENTOS GERAIS 26
12.2. FINANCEIROS - COPARTICIPAÇÃO 26
12.3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO 27
13. DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 30
13.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 30
14. DO REAJUSTE 31
14.1. DATA BASE 31
14.2. ÍNDICE 31
15. DAS FAIXAS ETÁRIAS 31
15.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 31
16. DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 32
16.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 32
17. DA SUSPENSÃO E RESCISÃO DO CONTRATO 33
17.1. DO DIREITO DE SUSPENSÃO E/OU RESCISÃO 33
17.2. AVISO PRÉVIO 33
18. RESCISÃO POR INADIMPLÊNCIA 33
18.2. DA DEVOLUÇÃO DOS ITENS CEDIDOS 34
19. DA PRIVACIDADE DE DADOS 34
19.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 34
20. DA LEI ANTICORRUPÇÃO E COMPLIANCE 37
20.1. COMPLIANCE 37
20.2. COMPROMISSOS 38
21. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS 38
22. ELEIÇÃO DE FORO 40
ANEXO I - TERMINOLOGIAS E DEFINIÇÕES DO CONTRATO 42
ANEXO II - GUIA DE LEITURA CONTRATUAL 49
ANEXO III - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE 52

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. OBJETO

1.1.1. Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, de prestação continuada de serviços assistenciais médico-hospitalares, a ser prestada por intermédio de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**, para tratamento das doenças elencadas na CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, editada pela OMS Organização Mundial de Saúde, EXCLUSIVAMENTE E LIMITADA aos procedimentos e eventos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, suas Diretrizes de Utilização – DUTs, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolos de Utilização PROUTs, todos anexos de Resolução Normativa específica, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e vigente à época do evento.

1.2. NATUREZA

1.2.1. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

2. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

2.1.2. O número inicial de beneficiários constará na Proposta de Adesão, assinada pelo **CONTRATANTE**, contendo nome e qualificação completa de cada um deles.

2.1.3. O **CONTRATANTE** tem o dever de encaminhar à **CONTRATADA** os documentos probatórios do vínculo com o beneficiário titular e da qualidade dos dependentes dele, quando devidos, e ainda, os documentos de identificação pessoal, comprovante de endereço e outros solicitados pela **CONTRATADA**.

2.1.4. Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

I. O cônjuge;

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

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

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

IV. Os tutelados e os menores sob guarda;

2.1.5. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

2.1.6. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2.1.7. Os beneficiários regularmente inscritos receberão um cartão magnético de identificação próprio após a efetivação dos seus cadastros, expedido pela **CONTRATADA** onde constarão, através de meios eletrônicos, dados pessoais, informações sobre o tipo de plano, carências, quando for o caso, e outras informações que se fizerem necessários, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade com foto é indispensável para qualquer atendimento.

2.1.8. Os beneficiários inscritos farão jus aos serviços contratados a partir da assinatura do contrato, respeitadas as condições dispostas neste instrumento quanto ao cumprimento dos prazos de Carências e de Cobertura Parcial Temporária.

2.1.9. TODA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DE INCLUSÃO, ALTERAÇÃO E EXCLUSÃO, ALÉM DA SOLICITAÇÃO DE SEGUNDA VIA DE CARTÃO, PERMITIDA NO CONTRATO, DEVERÁ SER SOLICITADA PELA **CONTRATANTE** ATRAVÉS DE COMUNICAÇÃO PRÉVIA, POR ESCRITO, À **CONTRATADA**.

2.1.10. O beneficiário que desejar assinar contrato em seu próprio nome deverá observar o período de até 30 (trinta) dias, a contar da data do cancelamento, para aproveitamento das carências já cumpridas no contrato antecessor.

2.2. INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA E DO CÔNJUGE / COMPANHEIRO

2.2.1. Nos planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, serão admitidas as inscrições de filhos dos beneficiários em até 30 (trinta) dias do evento que lhes confere esse direito, nas seguintessituações:

I. recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou ainda, sob guarda oututela judicial do beneficiário;

II. menor de 12 (doze) anos, adotado pelo beneficiário do plano de saúde, ou sob sua guarda ou tutela judicial;

III. menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário do plano de saúde;

2.2.2. O recém-nascido inscrito em conformidade com o previsto no item anterior, está isento do cumprimento do prazo de

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

Cobertura Parcial Temporária para as Doenças ou Lesões Preexistentes, porém quanto aos prazos de carência devem ser observadas as seguintes condições:

I. Caso o beneficiário, pai ou mãe ou responsável legal, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de todos osprazos de carência; ou

II. Caso o beneficiário, pai ou mãe ou responsável legal, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido aproveitará a carência já cumprida pelo beneficiário, devendo também cumprir o prazo de carência restante.

2.2.3. O menor de 12 (doze) anos, adotado ou com a paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário, inscrito em conformidade com o previsto no caput, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário, pai ou mãe.

2.2.4. Poderá ainda ser inscrito com aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário TITULAR, seu cônjuge e/ou companheiro, desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias do casamento e/ou formalização da união estável, ficando sujeito ao cumprimento dos prazos de Cobertura Parcial Temporária para Doença ou Lesão Preexistente, conforme previsto em cláusulas específicas nessas condições gerais.

2.2.5. Serão asseguradas inclusões posteriores à assinatura do contrato COM APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, desde que a inscrição ocorra o prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do evento que confere o direito à inclusão (nascimento, adoção,casamento), EXCLUSIVAMENTE para:

I. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário inscrito terá garantida a sua inclusão imediata, e o pagamento de mensalidade será desde a movimentação cadastral;

II. O cônjuge recém-casado com o beneficiário titular terá garantida a sua inclusão imediata, e o pagamento da mensalidade será desde a movimentaçãocadastral;

III. O filho adotivo, menor de doze anos de idade.

2.2.6. A inscrição desses beneficiários filho recém-nascido natural, adotado ou sobguarda ou tutela judicial, menor de 12 anos adotado, sob guarda ou tutela judicial ou cuja paternidade foi reconhecida, e cônjuge / companheiro poderá ser efetuada depois do prazo de 30 (trinta) dias do

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

evento que conferiu o direito, todavia, deverão cumprir os prazos de carências legais previstas nestas condições gerais.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. DISPOSIÇÕES GERAIS:

3.1.1. A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica efetivamente **CONTRATADA**, conforme proposta de adesão e limites previstos neste título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando ao tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, desde que os respectivos tratamentos e procedimentos sejam realizados junto à rede credenciada relativa ao plano e ESTEJAM PREVISTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, bem como sejam cumpridas as diretrizes de utilização definidas pelo referido Órgão Regulador, em conformidade com as Leis 9.656/1998 e 14.454/2022, e sua regulamentação.

3.1.2. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS se define como o espectro de cobertura do presente contrato, sendo utilizado para aferir toda a avaliação de risco, precificação, mutualismo e solidariedade intergeracional, de forma a garantir o essencialequilíbrio contratual e profícua assistência à saúde aos beneficiários.

3.1.3. Constitui parte integrante do presente contrato o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente, com as respectivas Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC, e Protocolos de Utilização – PROUT, com relação aos quais a **CONTRATANTE** declara plena e integral ciência e concordância.

Parágrafo único – O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar se encontra disponível no sítio eletrônico http://www.ans.gov.br/.

3.1.4. Em casos excepcionais, observadas as exclusões de procedimentos do art. 10 da Lei 9.656/98 e deste contrato, a solicitação de procedimento semcobertura no rol da ANS, nos termos do §13 do art. 10 da Lei 9.656/98, serãoanalisadas desde que exista:

I. Pedido médico ou odontólogo assistente; e
II. Comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidênciascientíficas e plano terapêutico; ou
III. Recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

3.1.5. Não se incluem na exceção da análise supra, os procedimentos cuja incorporação no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde foi indeferida expressamente pela ANS por ausência comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências e de recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC) e estrangeiros.

3.1.6. Para fins de avaliação da cobertura do procedimento requerido sem previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, é responsabilidade do beneficiário a apresentação dos documentos listados no preceito anterior, sob pena de negativa até que seja cumprida a obrigação.

3.1.7. A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.1.8. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação **CONTRATADA**.

3.1.9. Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde em legislação específica vigente, excluindo-se a cobertura dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

3.1.10. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

3.2. COBERTURA AMBULATORIAL:

3.2.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora dispensem internação, requerem estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

I. Consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize comointernação.

III. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente, e quando aplicável, número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

IV. Psicoterapia, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente;

V. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VI. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, que envolvam as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

a) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
b) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
c) quimioterapia oncológica ambulatorial;
d) procedimentos de radioterapia ambulatorial;
e) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
f) hemoterapia ambulatorial;
g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venosos, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787,de 10 de fevereiro de 1999; e

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da ANVISA;

c) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

d) Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção aopaciente ou pela necessidade de internação.

3.2.2. Para efeitos do disposto nessa cláusula, as áreas de atuação estabelecidas peloConselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

3.3. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:

3.3.1. A **CONTRATADA** garante aos beneficiários, dentro dos recursos PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS, a cobertura HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, compreendendo os seguintes serviços:

I. Diárias de internação hospitalar sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II. Acesso à acomodação em nível superior em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação **CONTRATADA**, sem ônus adicional, nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

III. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

IV. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

V. Exames complementares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para aexecução de procedimentos e eventos em

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000
ANS - nº 423718

saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA.

VII. Medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico e/ou venoso, observadas as DUT da norma específica;

VIII. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área de atuação prevista nocontrato;

IX. Despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura **CONTRATADA**, salvo expressa contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente.

X. Procedimentos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, vigente à época do evento,incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

XI. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

XII. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e aRegulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela legislação específica e

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação **CONTRATADA**.

XIII. Os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em caráter de internação hospitalar, e em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:
   a) hemodiálise e diálise peritonial CAPD;
   b) quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definido na cláusula das disposições gerais desse instrumento e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
   c) procedimentos radioterápicos, ambulatorial e hospitalar;
   d) hemoterapia;
   e) nutrição parenteral e enteral;
   f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
   g) embolizações;
   h) radiologia intervencionista;
   i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
   j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
   k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

XIV. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XV. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XVI. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

XVII. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

XVIII. Coberturas das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;

XIX. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que um de seus

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

representantes legais tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias no plano, vedando-se, nessa hipótese, qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura ParcialTemporária ou Agravo;

XX. Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinflingidas,observadas as seguintes condições:
   a) Custeio Integral de 30 (trinta) dias de internação por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
   b) Custeio parcial a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, sendo o percentual da coparticipação do Beneficiário definida na Proposta de Adesão, no ato da contratação, observados os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes;
   c) Cobertura de hospital-dia, conforme diretrizes de utilização estabelecidas pela ANS;

XXI. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, bem como as despesas com procedimentos vinculados, necessários à sua realização, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:
   a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
   b) os medicamentos utilizados durante a internação;
   c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas darealização da cirurgia), mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia) e tardio (a partir das 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentosde manutenção;
   d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquerônus ao beneficiário receptor.

3.3.2. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação específicavigente.

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

II. É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

3.3.3. O imperativo clínico, para fins da cobertura de estrutura hospitalar à realização dos procedimentos odontológicos ora descritos nessa cláusula se caracteriza pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

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

b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

3.3.4. Caso o paciente ou seus responsáveis optem por acomodação superior à ora **CONTRATADA**, deverão fazê-lo mediante livre negociação com o prestador hospitalar, responsabilizando-se pelo pagamento adicional dos custos, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS À **CONTRATADA** PROVENIENTE DESSA NEGOCIAÇÃO.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURAS

4.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1.1. Em conformidade com o que prevê a Lei n.º 9.656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na lei, em resolução normativaespecífica e no Rol de Procedimentos e Eventosem Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas diretrizes de utilização vigente à época do evento e seus anexos editados e atualizados pela ANS agência nacional de saúde suplementar, e os provenientes de:

I. ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL OU DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU AINDA, PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO, MESMO QUE O BENEFICIÁRIO JÁ ESTEJA DE

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

POSSE DO CARTÃO MAGNÉTICO DE IDENTIFICAÇÃO, **EXCETO** PARA OS CASOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO;

II. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, NÃO RECONHECIDOS PELO CFM CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;

III. CIRURGIAS E TRATAMENTOS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES E ÓRGÃOS REGULADORES;

IV. ESPECIALIDADE MÉDICA NÃO RECONHECIDA PELO CONSELHOFEDERAL DE MEDICINA;

V. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DURANTE O ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR CUJA EFICÁCIA E/OU EFETIVIDADE TENHAM SIDO REPROVADAS PELA COMISSÃO DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – CITEC OU CUJO USO NÃO CONSTE DE BULA CONFORME REGISTRO NA ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA;

VI. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, **EXCETO** PARA OS CASOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO;

VII. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS, NÃO NACIONALIZADOS, OU SEJA, SEM REGISTRO VIGENTE NA ANVISA, BEM COMO AQUELES PREVISTOS NA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME);

VIII. DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES, **EXCETO** AS LISTADAS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

IX. HONORÁRIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA E OS MATERIAIS ODONTOLÓGICOS UTILIZADOS NA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS QUE, NAS SITUAÇÕES DE IMPERATIVO CLÍNICO, NECESSITEM SER REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

X. DESPESAS DE ACOMPANHANTES, **EXCEPCIONADAS**:

a) ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO NECESSÁRIAS À PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE DOS MENORES DE 18 ANOS;

b) ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO, CONFORME INDICAÇÃO DO MÉDICO OU CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE E LEGISLAÇÕES VIGENTES, PARA ACOMPANHANTES DE IDOSOS A PARTIR DOS 60

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

(SESSENTA) ANOS E PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS; E

c) DESPESAS, CONFORME INDICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE E LEGISLAÇÕES VIGENTES, RELATIVAS A UM ACOMPANHANTE INDICADO PELA MULHER DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO.

XI. PRODUTOS DE TOALETE E HIGIENEPESSOAL, SERVIÇOS TELEFÔNICOS, AR-CONDICIONADO, TELEVISÃO, FRIGOBAR OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA À COBERTURA DESTE CONTRATO;

XII. ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;

XIII. INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

XIV. ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR, SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR;

XV. INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM QUALQUER CASO.

XVI. CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA, BEM COMO REMOÇÃO DOMICILIAR;

XVII. CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;

XVIII. INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;

XIX. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;

XX. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;

XXI. PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO, CONFORME "CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE", BEM COMO DAS DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS A OPERADORA;

XXII. TRATAMENTO E ATENDIMENTO NOS PRESTADORES DE ALTO CUSTO E DE TABELA PRÓPRIA, TAIS COMO, MAS NÃO SE LIMITANDO A: HOSPITAL SIRIO LIBANES (SP), HOSPITAL BENFICENCIA PORTUGUESA (SP), HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SP), HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCOR (SP), INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (SP), HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA (SP), REDE DOR, DENTRE OUTROS QUE UTILIZAM TABELA PRÓPRIA.

XXIII. PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NOEXTERIOR;

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

XXIV. TRATAMENTOS EM SPA, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CASAS SOCIAIS E CLÍNICAS DE IDOSOS;

XXV. TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COMFINALIDADE ESTÉTICA;

XXVI. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, INCLUSIVE ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;

XXVII. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃOLIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;

XXVIII. APLICAÇÃO DE VACINAS;

XXIX. EXAMES PARA PISCINA OU GINÁSTICA, NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;

XXX. ATOS DE NATUREZA CIRÚRGICA, INTERNAÇÕES EM LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE REFERENTES ÀS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, DENTRO DO PERÍODO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, QUE COMPREENDE 24 (VINTE E QUATRO) MESES;

XXXI. PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE OU EM DESACORDO COM AS SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO, RESSALVADO O DISPOSTO NA lei 14.454/2022, MEDIANTE A COMPROVAÇÃO DOS requisitos LEGAIS E A APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO PELO BENEFICIÁRIO;

XXXII. PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, CUJO LIMITE MÁXIMO DE UTILIZAÇÃO POR ANO CONTRATUAL TENHA SIDO ULTRAPASSADO.

XXXIII. CIRURGIA REFRATIVA PARA GRAU DIFERENTE DO ESTABELECIDO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;

XXXIV. TRANSPLANTES, EXCETO OS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE E SUAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO, VIGENTES À ÉPOCA DO EVENTO;

XXXV. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO NO PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTES, INCLUSIVE DE RIM, DE CÓRNEA, DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO OU AUTÓLOGO, HEPÁTICO OU QUALQUER OUTRO QUE VENHA A SER INSERIDO NO ROL DE PROCEDIMENTO DA ANS, RESSALVADOS OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

DURANTE A INTERNAÇÃO PARA OS TRANSPLANTES COBERTOS;

XXXVI. PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS NOS CASOS DE TRANSPLANTES EXCETO PARA AQUELES EXPRESSAMENTE LISTADO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, COMO: RINS, CÓRNEAS E TRANSPLANTES ALOGÊNICO E AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA, HEPÁTICO;

XXXVII. TRANSPORTE DE TECIDOS E ÓRGÃOS DO DOADOR AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EM QUE SE ENCONTRE O RECEPTOR.

XXXVIII. PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL PCMSO, CONFORME PORTARIA Nº 24/94 NR7 OU POR QUALQUER ATO NORMATIVO QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA; E PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS PPRA, CONFORME PORTARIA 25/94 NR9 MTB OU POR QUALQUER ATO NORMATIVO QUE VIER A SUBSTITUÍ-LA, BEM COMO OS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM A MEDICINA OCUPACIONAL (EXAMES ADMISSIONAIS, DEMISSIONAIS E PERIÓDICOS).

5. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. DA VIGÊNCIA

5.1.1. A vigência mínima do presente contrato é de 12 (doze) meses e se inicia a partir da data de sua assinatura pelo **CONTRATANTE**, sendo, a partir de então, prorrogável por prazo indeterminado ou até que haja denúncia formal de uma das partes com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término da vigência inicial.

5.2. DA PRORROGAÇÃO

5.2.1. Findo o prazo de vigência mínima, este contrato prorroga-se automaticamente por tempo indeterminado, desde que não haja denúncia por nenhuma das partes, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

6. DA CARÊNCIA

6.1. DEFINIÇÃO

6.1.1. Carência é o período ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual não se tem direito às coberturas **CONTRATADAS**.

6.2. PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.2.1. Todos os beneficiários, salvo exceções expressamente previstas neste contrato, deverão cumprir os seguintes períodos de carência:

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

I. 24 (vinte e quarto) horas para a cobertura dos casos de ACIDENTES PESSOAIS/URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos limites da lei n.º 9.656/98 e sua regulamentação;

II. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, incluindo, mas não limitado aos seguintes:

d) Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na ANS quando atendidas as exigências destacadas neste contrato em conformidade com a Lei 14.454/2022;

e) Consultas e sessões executadas por profissionais multidisciplinares de: fonoaudiologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional;

f) Mudança de plano enfermaria para apartamento;

III. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

7. MUDANÇA DE ENFERMARIA PARA APARTAMENTO

7.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1.1. O **CONTRATANTE** terá direito de requerer a sua transferência e dos seus Dependentes do Plano Enfermaria para o Plano Apartamento, desde que cumpra os requisitos estabelecidos neste contrato.

7.1.2. Nos casos de mudança de plano enfermaria para apartamento, havendo internação no período de carências a mesma será autorizada em enfermaria.

7.1.3. Caso haja omissão no momento do pedido de mudança; o beneficiário será responsável pelo pagamento da diferença de acomodação.

7.1.4. Para que sejam processadas as transferências do Plano Enfermaria para o Plano Apartamento, será necessário que o **CONTRATANTE** efetue o cancelamento do Contrato com acomodação em enfermaria e assine uma nova Proposta de Adesão ao Contrato com acomodação em apartamento, com novos valores e obedecendo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias para a nova acomodação.

7.1.5. O beneficiário poderá optar quando a internação Hospitalar por acomodação superior à cobertura **CONTRATADA**, arcando com as diferenças de diárias, despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, cujo montante será apresentado pelo Hospital ou Clínica e ajustado com o BENEFICIÁRIO.

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP) E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

8.1.1. As DOENÇAS ou LESÕES PREEXISTENTES (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

8.1.2. O beneficiário titular e/ou seus dependentes estão obrigados, por ocasião da contratação, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

8.1.3. A informação da Doença ou Lesão Preexistente será prestada por meio do preenchimento de Declaração de Saúde.

8.1.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico indicado pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus.

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

8.1.6. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não indicado pela **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

8.1.7. Na Declaração de Saúde o beneficiário titular e/ou seus dependentes deverão relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual, ficando sujeito à resolução do contrato e pagamento de indenização por danos causados pelo ilícito praticado.

8.1.8. A inscrição dos beneficiários somente se efetivará após a apresentação à **CONTRATADA** das Declarações de Saúde, aplicando-se a COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) para aqueles que sejam portadores de doenças ou lesões preexistentes constantes nas Declarações de Saúde.

8.1.9. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) se caracteriza pela suspensão por um período de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

8.1.10. A contagem do período da CPT terá início a partir da inclusão do beneficiário no plano coletivo.

8.1.11. O beneficiário poderá optar pelo AGRAVO no momento da inclusão, hipótese em que não precisará de cumprir a CPT para as doenças ou lesões preexistentes.

8.1.12. Define-se AGRAVO como o acréscimo no valor da mensalidade do plano privado de assistência à saúde do portador da doença ou lesão preexistente.

8.1.13. O acréscimo do valor na mensalidade referente ao AGRAVO se dará pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, sendo que a partir do 25º mês a mensalidade voltará a ter seu valor devido, sem o referido acréscimo.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

8.1.14. Nos casos em que o beneficiário optar expressamente, de forma alternativa, pelo AGRAVO, a **CONTRATADA** deverá oferecer proposta esclarecendo a diferença entre os valores a serem acrescidos ao valor da mensalidade e o cumprimento da cobertura parcial temporária.

8.1.15. A opção por AGRAVO não desobriga o beneficiário do cumprimento dos períodos de carência previstos no presente contrato.

8.1.16. O período de CPT - Cobertura Parcial Temporária não se confunde com as CARÊNCIAS PARA COBERTURA CONTRATUAL, que estão definidas em capítulo próprio neste contrato, sendo institutos diversos e, portanto, a exclusão de um não afasta a obrigatoriedade do cumprimento de outro.

8.1.17. Na hipótese de o beneficiário estar em período de CPT para doenças ou lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para o que for relacionado à DLP será limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, cessando previamente a partir da necessidade de internação, quando a responsabilidade financeira passará a ser da **CONTRATANTE** e do BENEFICIÁRIO, não cabendo ônus à operadora.

8.2. ALEGAÇÃO DE OMISSÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

8.2.1. Havendo alegação pela operadora do conhecimento de doença ou lesão preexistente e não declarada por ocasião da contratação do plano privado de assistência à saúde, o beneficiário será imediatamente comunicado pela **CONTRATADA**.

8.2.2. Caso o beneficiário não concorde com a alegação, a **CONTRATADA** encaminhará a documentação pertinente à ANS Agência Nacional de Saúde

8.2.3. Suplementar, requerendo abertura de processo administrativo, para verificação da sua procedência ou não e aguardará o julgamento.

8.2.4. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

8.2.5. Constatando-se omissão ou falsidade nas declarações preenchidas, o beneficiário ficará sujeito à rescisão do contrato e pagamento de indenização por danos causados pelo ilícito praticado.

Parágrafo Único. Constituem, dentre outros, dano à **CONTRATADA** todas as despesas decorrentes do atendimento às doenças ou lesões preexistentes efetuadas após a data da efetiva comunicação (notificação) realizada pela **CONTRATADA** ao beneficiário.

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

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

8.3. CASOS EM QUE NÃO OCORRERÁ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

8.3.1. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros trintas dias a contar:

a) do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;
b) da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e
c) na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independentemente do tipo de segmentação **CONTRATADA**.

8.3.2. Na hipótese de inscrição fora das condições previstas nesta seção será formalizada a arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1. DEFINIÇÕES

9.1.1. Para os efeitos de direitos e deveres advindos desta cláusula são adotadas as seguintes definições, na forma do art. 35-C da Lei 9.656/98:

I. EMERGÊNCIA é o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
II. URGÊNCIA é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

9.2. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.2.1. DECORRIDAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DE VIGÊNCIA DO CONTRATO OU DA INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO, A **CONTRATADA** GARANTIRÁ OS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO CONTRATADO.

9.2.2. EXCLUEM-SE DA GARANTIA DE ATENDIMENTO REFERIDO NESTA CLÁUSULA, OS PRESTADORES DE ALTO CUSTO E DE TABELA PRÓPRIA.

9.2.3. Os beneficiários inscritos neste plano terão garantia de atendimento de urgência e emergência LIMITADO às primeiras 12 (doze) horas em AMBIENTE AMBULATORIAL ou até que ocorra a necessidade de ESTRUTURA HOSPITALAR, nos seguintes casos:

I. Atendimentos decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para internação (180 dias);

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

II. Atendimentos que evoluam para a necessidade de internação, durante o período de carência para internação;
III. Atendimentos que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças ou Lesões Preexistentes, durante o período de Cobertura Parcial Temporária.

9.2.4. A PARTIR DO PRAZO ESTABELECIDO NO ITEM ACIMA PRIMEIRAS 12 (DOZE) HORAS DO ATENDIMENTO E/OU HAVENDO A NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR, A RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PASSA A SER DO **CONTRATANTE**, NÃO CABENDO QUALQUER ÔNUS ÀOPERADORA.

9.2.5. Uma vez cumpridos os prazos de carências e de cobertura parcial temporária, os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura integral **CONTRATADA**.

9.2.6. Para os casos de urgência e emergência, o beneficiário terá assistência integral, isto é, da sua admissão até a sua alta, salvo nas seguintes hipóteses:

I. atendimento decorrente de doença ou lesão preexistente quando em cobertura parcial temporária e que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade estritamente relacionados às doenças e lesões preexistentes.
II. atendimento de beneficiário que ainda está cumprindo carência para internação.
III. necessidade de assistência médica hospitalar para parto a termo quando a beneficiária ainda está cumprindo carência para tal procedimento.
IV. nos três casos acima o atendimento será limitado as primeiras 12 horas ou até que ocorra a necessidade de internação, quando cessa a responsabilidade financeira da **CONTRATADA**, mas garantindo a esta a remoção para o SUS.
V. as limitações previstas acima não se aplicarão caso o atendimento decorra de acidente pessoal.

10. DO REEMBOLSO

10.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1.1. O beneficiário terá direito a reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000
ANS - nº 423718

10.1.2. O termo "nos limites das obrigações contratuais" significa que somente são reembolsáveis os procedimentos que possuem cobertura contratual.

10.1.3. O reembolso ao beneficiário será realizado de acordo com os valores da tabela de preços praticada pela **CONTRATADA** junto à sua rede credenciada, ou seja, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

10.1.4. O pedido de reembolso deverá ser instruído com os seguintes documentos, sob pena de indeferimento:

I. Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio, disponibilizado pela **CONTRATADA**;
II. Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados e a data do atendimento;
III. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
IV. Relatório hospitalar discriminando a data da internação e da alta hospitalar, materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com as notas fiscais originais;
V. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
VI. Quaisquer outros documentos solicitados pela **CONTRATADA**, para avaliação das condições necessárias à análise do pedido de reembolso.

10.1.5. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento de urgência e emergência que originou o atendimento ao beneficiário e que estejam contempladas na cobertura **CONTRATADA**.

10.1.6. Os procedimentos realizados em períodos de suspensão contratual não serão reembolsáveis.

10.1.7. A partir da entrega de toda documentação, a **CONTRATADA** terá o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso.

Parágrafo Único. O prazo definido no caput é reiniciado em caso de pedido de complemento de documentos ao beneficiário.

10.1.8. O pagamento do reembolso será realizado somente ao beneficiário titular ou, em caso de falecimento deste, ao respectivo representante nomeado judicialmente.

10.1.9. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 1 (um) ano da data do evento.

11. DA REMOÇÃO

11.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

11.1.1. A presente cláusula dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

11.1.2. A remoção de beneficiários de plano com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da **CONTRATADA**, quando ocorrer:

I. de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital conveniado, referenciado, credenciado, e/ou da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II. de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não conveniado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e/ou não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

III. de hospital ou serviço de pronto-atendimento conveniado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV. de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não conveniado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na norma da ANS que dispõe sobre a garantia de atendimento; e

V. de hospital ou serviço de pronto-atendimento conveniado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

11.1.3. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

11.1.4. A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

I. de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos na norma da ANS que dispõe sobre a garantia de atendimento (nos artigos 4º, 5º e 6º, da RN nº 259, de 2011); ou

II. de hospital ou serviço de pronto-atendimento conveniado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

11.1.5. Depois de realizados o atendimento das primeiras 12 (doze) horas em caso de urgência e emergência e tendo sido caracterizada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a **CONTRATADA** assegurará ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do SUS, sempre que estes se encontrarem nas seguintes situações:

I. em período de carências para internação e/ou parto;
II. em período de Cobertura Parcial Temporária para DLP.

11.1.6. Caberá à **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviços de emergência, visando a continuidade do atendimento.

11.1.7. Na remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, cessando a sua responsabilidade quando efetuado o registro do paciente na unidade do SUS.

11.1.8. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS ou a remoção não puder ser realizada em virtude de risco de vida, o beneficiário ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

12. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

12.1. PROCEDIMENTOS GERAIS

12.1.1. A **CONTRATADA** reserva-se no direito de:

I. Fazer perícia e auditoria nos beneficiários para liberação de procedimentos, sendo obrigatório comparecimento do beneficiário sempre que solicitado;

II. Realizar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pela **CONTRATANTE**, dando-lhe ciência posteriormente das medidas tomadas para o atendimento das reclamações julgadas pertinentes.

12.1.2. Nos procedimentos que exigirem autorização prévia, a **CONTRATADA** atentará aos prazos previstos pela ANS, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

12.1.3. No caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse se dará através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, nos termos da ANS, e a Resolução CFM. nº 1.956/2010 e outros que vierem a substituir.

12.1.4. Os exames de alta complexidade, assim definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar serão submetidos à auditoria prévia e, uma vez autorizados, serão comunicados aos beneficiários quanto à sua liberação, com o respectivo número de senha.

12.1.5. A cobertura de terapias especiais para beneficiários com transtornos globais de desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista - TEA e sessões com outros profissionais de saúde, tais como: fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros, obedecerão ao seguinte procedimento:

I. Depois de concluídas as sessões solicitadas pelo médico assistente e autorizadas pela **CONTRATADA** e havendo necessidade de continuidade do procedimento com a realização de novas sessões, o beneficiário deve retornar, obrigatoriamente, ao médico que deu início à solicitação, para avaliação e eventual indicação de novas sessões.

II. A realização de consultas/sessões por crianças e adolescentes com transtornos globais do desenvolvimento com profissionais de saúde deve ocorrer com a presença dos pais ou pessoa maior responsável.

12.2. FINANCEIROS - COPARTICIPAÇÃO

12.2.1. O plano poderá prever coparticipação por consulta, exame e/ou procedimento e uma franquia POR EVENTO, conforme definição na

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

proposta de adesão e em conformidade com a legislação vigente à época da contratação.

12.2.2. A coparticipação consiste no pagamento pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** de uma parte da despesa assistencial, relacionada ao(s) procedimento(s) sobre o(s) qual(is) incide, estipulada previamente EM VALOR FIXO OU PERCENTUAL no ato da contratação.

12.2.2.1. Os atendimentos serão realizados com coparticipação no valor ou percentual definido neste instrumento de jurídico, sobre os custos das consultas em consultório e pronto socorro, dos exames e de todos os demais serviços/procedimentos realizados em regime ambulatorial, incluindo os eventuais gastos com materiais, medicamentos e taxas.

12.2.3. O limite máximo de coparticipação definido na proposta de adesão será considerado por atendimento/procedimento realizado, para fins e efeitos desse contrato, limitando-se ao percentual de 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratado ou de R$100,00 (cem reais), caso superado o limite máximo estipulado na proposta, excetuados casos específicos definidos neste contrato e/ou na proposta.

12.2.4. Em atenção à Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98) e da Resolução Consu n.º 8/98, será cobrada a coparticipação financeira do usuário, no percentual de 25% (vinte e cinco por cento), na aquisição de próteses, órteses e materiais especiais utilizados em procedimentos cirúrgicos.

12.2.5. A FRANQUIA é um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada, estipulada previamente EM VALOR FIXO na proposta de adesão, no ato da contratação.

12.2.6. A coparticipação e a franquia terão como base de cálculo as tabelas de remuneração aos cooperados e de pagamento aos prestadores da **SUL DO PARÁ SAÚDE**

12.2.7. Para os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos, autorizados excepcionalmente na conformidade da Lei 14.454/2022, haverá a cobrança de coparticipação por custo operacional, com uma taxa de administração a ser realizada da seguinte forma:

I. Cobrança no percentual de 25% (vinte e cinco por cento), até o limite de R$ 100,00 (cem reais);
II. Em caso de Internação, será cobrada a taxa fixa no valor de R$ 100,00 (cem reais).

12.3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

12.3.1. Para obtenção do atendimento, é obrigatória a apresentação do respectivo cartão magnético de identificação do beneficiário além do documento de identificação com foto.

12.3.2. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) **CONTRATANTE** devolver os respectivos

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000
ANS - nº 423718

cartões magnéticos de identificação, sob pena de responder pela utilização indevida do referido documento.

12.3.3. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão magnético de identificação, o beneficiário deverá comunicar imediatamente à **CONTRATADA**, através do web site ou outro meio eletrônico padronizado pela **CONTRATADA**, ou ainda por escrito.

Parágrafo único. O ônus da emissão de uma segunda via do cartão de identificação do beneficiário será do **CONTRATANTE**.

12.3.4. Os serviços contratados, seguindo as condições contratuais, como cobertura e área de atuação do plano, são prestados da seguinte forma:

I. Consultas médicas eletivas: Os beneficiários serão atendidos pelos médicos cooperados e vinculados ao plano, observando o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio.

II. Consultas médicas em pronto socorro: As consultas em pronto socorro serão realizadas na rede credenciada do plano e prestadas pelo médico que estiver de plantão.

III. Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora do plano, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da **CONTRATADA**, em razão do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

IV. Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora do plano, mediante apresentação da Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, com prévia autorização da **CONTRATADA**, em razão do local onde se encontra o beneficiário no momento da solicitação.

12.3.5. O Beneficiário, para obtenção da cobertura assistencial de seu plano, deve requerer prévia autorização da **CONTRATADA**, que garantirá o atendimento nos prazos definidos na Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar ou em norma substituta.

Parágrafo único. Nas hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede credenciada, a **CONTRATADA** observará as regras definidas pela Resolução Normativa n.º 566/2022 da ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar ou daquela que a substituir.

12.3.6. Para autorização prévia, o beneficiário deverá entrar em contato com a **CONTRATADA**, podendo se utilizar de atendimento telefônico ou presencial (quando existente), sempre ciente das informações constantes de seu cartão magnético de identificação, guia de solicitação do

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

procedimento, além do laudo, relatório e exames e quaisquer outros documentos para avaliação do pedido.

12.3.7. Caso seja necessária a presença do beneficiário para perícia, este deverá comparecer ao local indicado pela **CONTRATADA**, munido dos documentos solicitados.

12.3.8. A **CONTRATADA** poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico desempatador para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela **CONTRATADA**, bem como os honorários do médico solicitante, caso esta pertença à rede credenciada do plano.

12.3.9. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na rede credenciada do plano contratado e sua respectiva área de atuação, que pode ser consultada através do site www.suldoparasaude.com.br e pelo telefone XXXXXXXXXX.

12.3.10. A **CONTRATADA**, reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

12.3.11. É facultada à **CONTRATADA** a substituição de entidades hospitalares e prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, conforme regras regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo único. Configura-se entidade hospitalar o estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

12.3.12. A substituição especificamente de entidade hospitalar vinculada à rede do produto poderá ocorrer desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

12.3.12.1. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

12.3.12.2. Excetuam-se os casos de substituição de entidade hospitalar, por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, hipótese em que a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente,

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

12.3.12.3. O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao **CONTRATANTE**.

13. DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

13.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1.1. Este plano será custeado no regime de preço PREESTABELECIDO (pré-pagamento), onde o valor da contraprestação pecuniária é calculado pela **CONTRATADA** e pago pela **CONTRATANTE**, antes da utilização das coberturas.

13.1.2. É obrigação do **CONTRATANTE** manter atualizados os seus dados cadastrais junto à **CONTRATADA** para fins e efeitos das condições contratuais ora descritas.

13.1.3. SE O **CONTRATANTE** NÃO RECEBER O DOCUMENTO QUE LHE POSSIBILITE REALIZAR O PAGAMENTO DE SUA OBRIGAÇÃO ATÉ 5 (CINCO) DIAS ANTES DO RESPECTIVO VENCIMENTO, DEVERÁ SOLICITÁ-LO DIRETAMENTE NA **SUL DO PARÁ SAÚDE**, RETIRÁ-LO ATRAVÉS DO WEBSITE www.suldoparasaude.com.br OU SOLICITÁ-LO ATRAVÉS DO CALL CENTER NO TELEFONE XXXXXXXXXXX, PARA QUE NÃO SE SUJEITE ÀS CONSEQUÊNCIAS DE PAGAMENTO DE MULTA, JUROS MORATÓRIOS, CORREÇÃO MONETÁRIA E RESCISÃO CONTRATUAL.

13.1.4. TODOS OS VALORES DEVIDOS POR PARCELAS DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS, DAS COPARTICIPAÇÕES, AGRAVOS, OU QUAISQUER OUTRAS DESPESAS DECORRENTES DO CONTRATO CONSTITUEM DÍVIDA LÍQUIDA E CERTA, PASSÍVEL DE EXECUÇÃO, MESMO APÓS A RESCISÃO DO CONTRATO E DE RESPONSABILIDADE DO **CONTRATANTE**.

13.1.5. OCORRENDO IMPONTUALIDADE NO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES, O **CONTRATANTE** PAGARÁ, QUANDO A LEGISLAÇÃO PERMITIR, JUROS DE MORA NA RAZÃO DE 0,033% (ZERO VÍRGULA ZERO TRINTA E TRÊS POR CENTO) CALCULADOS DIARIAMENTE, MAIS MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) APÓS O VENCIMENTO.

13.1.6. A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO E/OU RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O QUINQUAGÉSIMO DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA **CONTRATADA** DE REQUERER JUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

13.1.7. As mensalidades e os valores de serviços estabelecidos no contrato terão como base as tabelas abaixo relacionadas:

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000
ANS - nº 423718

I. HONORÁRIOS MÉDICOS tabela de Preços de Serviços **SUL DO PARÁ SAÚDE**;
II. SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA Lista Referencial de Honorários do Procedimentos Anestésicos COOPANEST/GO, definida em contrato com a **SUL DO PARÁ SAÚDE**;
III. SERVIÇOS LABORATORIAIS E DE RADIOLOGIA E IMAGEM Tabela de Preços de serviços **SUL DO PARÁ SAÚDE**;
IV. TAXAS E DIÁRIAS HOSPITALARES Tabela da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG) e/ou AHPACEG (Associação dos Hospitais de Alto Custo no Estado de Goiás) definida em contrato com a **SUL DO PARÁ SAÚDE**;
V. MATERIAIS E MEDICAMENTOS Tabela de preços **SUL DO PARÁ SAÚDE**;
VI. PACOTES Conforme composição de itens e valores estabelecidos pela **SUL DO PARÁ SAÚDE**.

13.1.8. As tabelas acima mencionadas, nas demais cláusulas e itens serão referidos pela denominação: TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES DE **SUL DO PARÁ SAÚDE**.

14. DO REAJUSTE

14.1. DATA BASE

14.1.1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste econômico a incidir sobre o valor das mensalidades será anual ou na menor periodicidade legalmente permitida, e terá como data base de aniversário o mês de assinatura do contrato, observado o limite máximo de reajuste autorizado pela ANS.

14.2. ÍNDICE

14.2.1. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS Agência Nacional de Saúde para aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á pelo IPCA/SAÚDE Planos De Saúde, divulgados pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

14.2.2. Na falta da divulgação do IPCA/SAÚDE plano De Saúde, pelo índice que vier a substituí-lo oficialmente. E na falta de índice equivalente, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não inflija normal legal.

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

15. DAS FAIXAS ETÁRIAS

15.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

15.1.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

15.1.2. As faixas etárias corresponderão à seguinte ordem:

I. de 0 (zero) até 18 (dezoito) anos de idade;
II. de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
III. de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
IV. de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
V. de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
VI. de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
VII. de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
VIII. de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
IX. de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
X. de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

15.1.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na proposta de Adesão e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste anual.

15.1.4. Os percentuais da variação da mudança de faixa etária foram fixados observando que:

I. O valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
II. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7º (sétima) faixas.

15.1.5. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual na forma prevista neste contrato.

16. DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1.1. Os dependentes perderão a qualidade de beneficiários nas seguintes condições:

I. A PEDIDO DO **CONTRATANTE**;
II. FRAUDE PRATICADA PELO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE, APURADA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃOVIGENTE.

16.1.2. A EXTINÇÃO DO VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO TITULAR NO PLANO, SEJA POR DESISTÊNCIA OU MORTE, NÃO EXTINGUE O CONTRATO, SALVO NOS CASOS

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

DE RESCISÃO POR FRAUDE OU INADIMPLÊNCIA, VISTO QUE AOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES JÁ INSCRITOS É ASSEGURADA A MANUTENÇÃO DAS MESMAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, DESDE QUE HAJA A ASSUNÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES POR UM DOS DEPENDENTES INSCRITOS NO PLANO, O QUE SERÁ FORMALIZADO ATRAVÉS DE TERMO ADITIVO ASSINADO COM A **CONTRATADA** PARA ESTA FINALIDADE.

16.1.3. CASO NOVA LEGISLAÇÃO VENHA REVOGAR A MANUTENÇÃO DO CONTRATO ASSEGURADA NO ITEM ANTERIOR, ESTA SERÁ APLICADA AO PRESENTE CONTRATO.

16.1.4. TODA SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO INSCRITO DEVERÁ SER COMUNICADA FORMALMENTE À **CONTRATADA** PELO **CONTRATANTE**, POR MEIO DE TERMO DE SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO QUE SERÁ FORNECIDO PELA **CONTRATADA** NO SETOR DE COBRANÇA. TAL DOCUMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE ASSINADO PELO **CONTRATANTE** E ACOMPANHADO DO CARTÃO MAGNÉTICO DO PLANO DE SAÚDE DO BENEFICIÁRIO EXCLUÍDO.

17. DA SUSPENSÃO E RESCISÃO DO CONTRATO

17.1. DO DIREITO DE SUSPENSÃO E/OU RESCISÃO

17.1.1. CABE À **CONTRATADA** O DIREITO DE SUSPENSÃO OU RESCISÃO IMEDIATA E UNILATERAL QUANDO DE DOLO OU FRAUDE COMPROVADA.

17.2. AVISO PRÉVIO

17.2.1. APÓS A VIGÊNCIA MÍNIMA OBRIGATÓRIA DE 12 (DOZE) MESES, O **CONTRATANTE** PODERÁ RESCINDIR ESTE CONTRATO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO, COM 60 (SESSENTA) DIAS DE ANTECEDÊNCIA DO VENCIMENTO DA MENSALIDADE.

17.2.2. O **CONTRATANTE** PODERÁ AINDA RESCINDIR DENTRO DO PRAZO DE VIGÊNCIA INICIAL ESTABELECIDO NO CONTRATO, DESDE QUE ESTEJA EM DIA COM AS SUAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS ADVINDAS DESTE CONTRATO, E ACATE O PAGAMENTO DE 10% (DEZ POR CENTO) DO VALOR DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DO PRAZO DEVIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO.

18. RESCISÃO POR INADIMPLÊNCIA

18.1.1. A INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES DE VIGÊNCIA CONTRATUAL, ENSEJARÁ A SUSPENSÃO E/OU RESCISÃO DESTE CONTRATO APÓS PRÉVIA NOTIFICAÇÃO ATÉ O QUINQUAGÉSIMO DIA DE INADIMPLÊNCIA, SEM PREJUÍZO DO DIREITO DA **CONTRATADA** DE REQUERER JUDICIALMENTE E EXTRAJUDICIALMENTE A QUITAÇÃO DOS DÉBITOS, INCLUSIVE COM A INSCRIÇÃO DE SEU NOME NOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E COM AS CONSEQUÊNCIAS DA MORA.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

18.1.2. NA OCORRÊNCIA DE RESCISÃO CONTRATUAL MOTIVADA PELA INADIMPLÊNCIA DA **CONTRATANTE** POR PRAZO SUPERIOR A 60 (SESSENTA) DIAS, CONSECUTIVOS OU NÃO, NO DECORRER DOS 12 (DOZE) MESES DEVIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, CONTADOS A PARTIR DE SUA ASSINATURA, SERÁ EFETUADA PELA **CONTRATADA** A COBRANÇA DE MULTA RESCISÓRIA NO VALOR DE 10% (DEZ POR CENTO) DO VALOR RESTANTE DAS MENSALIDADES QUE SERIAM DEVIDAS ATÉ O TÉRMINO DO PRAZO DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, TENDO COMO BASE A MÉDIA PER CAPTA DAS MENSALIDADES PAGAS ATÉ A EFETIVA RESCISÃO CONTRATUAL.

18.2. DA DEVOLUÇÃO DOS ITENS CEDIDOS

18.2.1. É DE RESPONSABILIDADE DA **CONTRATANTE**, NO CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO, RECOLHER E DEVOLVER OS RESPECTIVOS CARTÕES MAGNÉTICOS DE IDENTIFICAÇÃO DA **CONTRATADA**.

19. DA PRIVACIDADE DE DADOS

19.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1.1. A **SUL DO PARÁ SAÚDE** se encontra em intensiva implementação de seus processos à Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), destacando que todos os processos internos estão em constante evolução, análise, adequação e aprofundamento, sendo certa a busca pela maior proteção dos dados pessoais da instituição e daqueles com quem nos relacionamos.

19.1.2. A **CONTRATADA** declara-se cientes dos direitos, obrigações e penalidades aplicáveis constantes da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei 13.709/2018) ("LGPD"), e obrigam-se a adotar todas as medidas razoáveis para garantir, por si, bem como seu pessoal, colaboradores, empregados e subcontratados que utilizem os Dados Protegidos na referida LGPD.

19.1.3. A Política de Privacidade, contendo as disposições pertinentes à forma de tratamento de dados, está disponível no site da **CONTRATADA**, e contempla o exposto no quadro resumo a seguir descrito:

QUADRO RESUMO	
Agente de tratamento	SUL DO PARA SAUDE LTDA, operadora de plano de saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 49.792.664/0001-20, com registro na ANS sob nº 42371-8, com sede na Rua Q cinco, 7, Folha CSII 30 Lote G06 E G07, bairro Nova Marabá, CEP: 68507-370, Município de Marabá, Estado do Pará.
Papel no tratamento	Predominantemente Operador e Controlador.
Natureza dos dados tratados	Dados pessoais fornecidos pelo Titular, pelo Controlador e/ou coletados automaticamente.

Principais finalidades do tratamento	Utilizar dados pessoais para entrar, responder ou manter contato antes, durante ou após uma relação contratual com o Titular, visando o cumprimento do contrato. Base legal: Execução de contrato com o Titular. Utilizar dados pessoais para fins publicitários, como para o envio de informações de marcas, produtos, promoções e descontos da **SUL DO PARÁ SAÚDE**, para divulgação de eventos. Base legal: Consentimento do Titular.
Compartilhamento	Operadores e fornecedores de serviços essenciais para nossas atividades; e autoridades/órgãos governamentais em decorrência de obrigações legais ou regulatórias.
Proteção de Dados	Medidas de segurança, técnicas e administrativas adequadas.
Seus direitos	Confirmação da existência de tratamento, acesso, correção etc.

19.1.4. Para fins deste contrato, são considerados:

TERMO	DEFINIÇÃO
Dado pessoal	Qualquer informação relacionada a pessoa natural, direta ou indiretamente, identificada ou identificável.
Dado pessoal sensível	Categoria especial de dados pessoais referentes a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de carácter religioso, 1. filosófico ou político, referentes à saúde ou à vida sexual, dados genéticos ou biométricos relativos à pessoa natural.
Titular	Pessoa natural a quem se referem os dados pessoais, tais como antigos, presentes ou potenciais clientes, colaboradores, contratados, parceiros comerciais e terceiros.
Tratamento	Toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem: a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.
Anonimização	Processo por meio do qual o dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo, considerados os meios técnicos

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

	razoáveis e disponíveis no momento do tratamento

19.1.5. A **CONTRATADA** se compromete a tratar os dados pessoais envolvidos na confecção e necessários à execução do presente contrato, única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito à toda legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

19.1.6. Aos beneficiários inscritos neste contrato fica resguardado o sigilo médico referente à assistência prestada aos mesmos, conforme legislação em vigor.

19.1.7. Conforme o art. 5º, inciso VII, da LGPD, a **CONTRATADA** figura como controladora de dados pessoais, devendo cumprir estritamente o estipulado neste contrato, sendo vedada a utilização dos dados obtidos para finalidade diversa.

19.1.8. A **CONTRATADA** assegura que, caso os dados pessoais sejam tratados por terceiros, esses: (i) estão obrigados a ter o mesmo nível de proteção aos dados pessoais estabelecidos neste contrato; e, (ii) somente poderão realizar o tratamento para atender a(s) finalidade(s) para a(s) qual(is) o dado foi originalmente coletado e/ou compartilhado. De qualquer forma, as partes, independentemente de estarem na condição de operador ou controlador, serão responsáveis, no limite disposto pela legislação aplicável, pelas ações e omissões realizadas por tais terceiros relativas aotratamento dos dados pessoais.

19.1.9. Quando existirem operações de tratamento de dados pessoais sensíveis, a **CONTRATADA** deve garantir que as proteções técnicas apropriadas e aptas a manter a integridade, confidencialidade, disponibilidade e segurança destas informações sejam implementadas, incluindo, mas não se limitando às operações de criptografia.

19.1.10. As partes concordam em realizar o tratamento de dados pessoais sensíveis apenas e quando estritamente necessário para cumprir as disposições contratuais ou obrigações legais decorrentes do presente contrato.

19.1.11. A **CONTRATADA** compromete-se, por si e por seus representantes legais, funcionários e prepostos a:

I. Não usar, comercializar ou reproduzir, sob qualquer forma, para terceiros, no todo ou em parte, as informações consideradas confidenciais e sigilosas;

II. Abster-se de dar conhecimento ou de permitir que tenham conhecimento das informações confidenciais e sigilosas, os funcionários, prepostos,subcontratados terceiros, concorrentes ou não da outra parte, pessoas físicas ou jurídicas, que não estejam diretamente envolvidos na execução dosserviços;

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

III. Proteger as informações confidenciais e sigilosas usando os melhores processos de segurança, evitando seu uso, disseminação ou mesmo publicação, inclusive por parte das pessoas que participarem da execução dos serviços; e,

IV. Devolver à outra parte ou inutilizar toda e qualquer cópia ou reprodução de informações consideradas sigilosas, quando assim requerido.

19.1.12. A obrigação prevista nesta cláusula subsistirá a qualquer tempo, inclusive após o término da relação contratual.

19.1.13. O tratamento de dados pessoais sensíveis sem o consentimento dos beneficiários respeitará as hipóteses da Lei Geral de Proteção aos Dados, em especial, para:

I. a garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular conforme previsto no art. 11 e incisos da Lei nº 13.709/2018, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos, resguardados os direitos mencionados no art. 9º, para coleta de biometria;

II. o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador, para compartilhamento das informações prescritas pela Agência Nacional de SaúdeSuplementar;

III. o exercício regular de direitos, em processo judicial, administrativo e arbitral,este último nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 (Lei de Arbitragem);

IV. a tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais da área da saúde ou por entidades sanitárias.

19.1.14. A **CONTRATADA** se comprometem ainda a se auxiliarem no atendimento das requisições realizadas por titulares de dados, providenciando, de forma imediata, ou no máximo em 72 (setenta e duas) horas: (i) a confirmação da existência do tratamento de dados; (ii) o acesso aos dados pessoais tratados; (iii) a correção dos dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; (iv) a anonimização, o bloqueio ou a eliminação dos dados pessoais; (v) a portabilidade dos dados pessoais; (vi) a informação sobre as entidades públicas e privadas com as quais foram realizados o compartilhamento de dados; (vii) a informação das consequências da revogação do consentimento; e, (viii) a informação dos fatores que levaram a uma decisão automatizada.

19.1.15. Em caso de dúvidas ou maiores informações sobre seus dados, entre em contato com nosso Encarregado(a) de Proteção de Dados através do endereço de e-mail, fornecido no *site* da **SUL DO PARÁ SAÚDE** (https://www.suldoparasaude.com.br/), no campo contatos, políticas de privacidade.

20. DA LEI ANTICORRUPÇÃO E COMPLIANCE

20.1. COMPLIANCE

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

20.1.1. A **CONTRATADA** reconhece a importância da conformidade nos processos e a integridade das pessoas, visto isso, possui um Programa de Compliance efetivo e atuante baseado na conformidade das normativas e legislações com ênfase na aplicabilidade do seu Código de Conduta e Ética (disponível no site da **SUL DO PARÁ SAÚDE**), Lei Anticorrupção (12.846/2013) e RN 518/2022 da ANS.

20.2. COMPROMISSOS

20.2.1. As partes, por si, seus representantes, administradores, empregados, prepostos, terceiros contratados e subcontratados se comprometem a não praticar qualquer ato que constitua violação à Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013), abstendo-se ainda de praticar quaisquer atos que facilitem ou impliquem no descumprimento pelas partes da legislação relativa à matéria em vigor, ficando desde já consignado que ambas as partes não tencionam receber qualquer vantagem ilícita, tampouco solicitarão uma à outra, ou mesmo a terceiros,qualquer conduta ou prática que possa configurar ato ilícito.

20.2.2. Em obediência às diretrizes do Código de Conduta e Ética da **CONTRATADA** aspartes se comprometem a agir de forma ética, íntegra e em conformidade com os preceitos legais aplicáveis. É inegociável para a **SUL DO PARÁ SAÚDE**:

I. que as partes exerçam suas funções contratuais pelo presenteavençadas com objetivo de causar prejuízo com dolo à outra parte;
II. Práticas de corrupção;
III. Preconceito e Discriminação de qualquer natureza;
IV. Assédio Sexual e Moral.

20.2.3. As partes, no desempenho das atividades objeto deste Contrato, comprometem-se, a abster-se das seguintes práticas: (i) efetuar qualquer pagamento ilegal a autoridade governamental, funcionário público, partido político ou candidatoa cargo político; (ii) praticar qualquer ato de suborno, pagamento por influência, propina ou outro pagamento ilegal ou de natureza semelhante ou comparável, a qualquer pessoa ou entidade pública, independentemente da forma, em dinheiro, bens ou serviços em seu nome ou em nome da **CONTRATADA**; (iii) efetuar qualquer pagamento a administrador, funcionário ou colaborador da **CONTRATADA**, para obter tratamento favorável nos seus negócios ou concessões privilegiadas; e, (iv) praticar ato que possa constituir uma violação à legislação aplicável, incluindo a Lei 12.846/2013.

21. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1.1. As partes declaram e reconhecem, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54, parágrafo 3.º do CDC, que a responsabilidade da **CONTRATADA** limita-se à relação de serviços enumerados na cláusula "Cobertura e Procedimentos Garantidos",considerando-se esse rol taxativo

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000
ANS - nº 423718

para efeito de compreensão dos direitos dos beneficiários, portanto, qualquer especialidade médica, procedimento clínico, exames complementares e serviços auxiliares não expressamente citados no Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS não têm cobertura neste contrato.

21.1.2. A **CONTRATANTE** reconhece que os valores das mensalidades vencidas constituem dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **CONTRATADA** proceder a sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato.

21.1.3. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos tem preferência na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

21.1.4. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** e BENEFICIÁRIOS deverão formalizar reclamação para a devida apuração.

21.1.5. Toda e qualquer notificação/comunicação prevista neste contrato deverá serencaminhada ao endereço constante da minuta contratual e informações dos beneficiários encaminhadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, tendo plena validade e eficácia a notificação enviada aos referidos endereços, que devem ser mantidos atualizados, seja das partes **CONTRATANTES**, seja dos beneficiários.

21.1.6. A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informaçõesfornecidas pelo **CONTRATANTE**.

21.1.7. Todos os eventos (para consultas médicas, avaliações, exames, procedimentos de diagnose, terapia e hospitalização) devem ser preferencialmente solicitados por médicos cooperados, sendo que sua realização será executada somente por médicos cooperados ou credenciados em locais credenciados e dentro da área de atuação do plano, quando solicitados por médicos não cooperados.

21.1.8. Fica inequivocamente ajustado que os cartões de identificação expedidos pela**CONTRATADA** em função das obrigações do presente contrato são de sua propriedadeexclusiva, obrigando-se o **CONTRATANTE** a devolvê-los no caso de rescisão contratual.

21.1.9. A **CONTRATANTE** declara que teve conhecimento prévio do conteúdo do presente contrato, manifestando, neste ato, sua concordância com as cláusulas e condições nele inseridas, às quais adere livre e espontaneamente.

21.1.10. Integram este contrato, para todos os fins de direito, declarando a **CONTRATANTE** integral ciência e concordância:

I. Proposta de Adesão;
II. Material explicativo da **CONTRATADA** incluindo a relação da rede credenciada para esse plano, cartões de identificação,

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

entrevista qualificada e/ou exame médico quando for o caso, a declaração do estado de saúde do titular e dependentes quando for o caso, e a Carta de Orientação ao Beneficiário nos contratos coletivos empresariais em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, permanecendo sempre íntegras as cláusulas e condições ora **CONTRATADAS**;

III. Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia deLeitura Contratual – GLC, os quais neste ato foram repassados à CONTRANTANTE e esta os entregará aos beneficiários do Plano;

21.1.11. Por convenção adotou-se neste contrato o gênero masculino quando da referência ao(à) **CONTRATANTE** e aos(às) beneficiário(as).

21.1.12. Toda e qualquer tolerância quanto ao descumprimento por qualquer das partes ora **CONTRATANTES** das condições estabelecidas na presente contratação, não significará novação à alteração das disposições pactuadas, mas tão somente mera liberdade da parte que não exigir da outra o cumprimento de sua obrigação.

21.1.13. O presente contrato será atualizado quando surgirem disposições legais para esse efeito, após prévia comunicação e aprovação da ANS.

21.1.14. Fazem parte do presente instrumento todos e quaisquer documentos entregues aos beneficiários na ocasião se sua assinatura e que seja pertinente ao plano de saúde adquirido, tais como:

I. Guia Médico;
II. Proposta de Adesão;
III. Guia de Leitura Contratual – GLC;
IV. Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS;
V. Tabela de preços, quando for o caso;
VI. Declaração de Saúde, quando for o caso.

22. ELEIÇÃO DE FORO

Fica definido como foro o município de domicílio do **CONTRATANTE**, dispensando a **CONTRATADA** qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

_____-____, _____de _____ de _____.
(MUNICÍPIO) (UF) (DIA) (MÊS) (ANO)

_____ _____
CONTRATANTE **CONTRATADA**

Testemunhas:

_____ CPF:
Nome:

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

CPF:

Nome:

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

ANEXO I - TERMINOLOGIAS E DEFINIÇÕES DO CONTRATO

Para os efeitos de direitos e deveres advindos do contrato de plano de saúde, são adotadas as seguintes definições:

ABRANGÊNCIAGEOGRÁFICA: Local e Estadual, conforme definido na proposta de adesão.

ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do beneficiário em suas atividades profissionais.

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

AGRAVO: qualquer acréscimo em percentual ou múltiplo no valor da mensalidade paga à operadora do plano de saúde, com o fim de obter direito ao atendimento às doenças ou lesões preexistentes ao contrato.

AMBULATÓRIO: estrutura onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

ANS AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: autarquia sob o regime especial, vinculado ao ministério da Saúde como órgão de regulação, normalização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, com atuação em todo território nacional.

ÁREA DE ATUAÇÃO: especificação dos municípios onde haverá garantia da cobertura assistencial, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultórios ou ambulatório.

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

ATENDIMENTO HOSPITALAR: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para finsde diagnósticos, terapia ou recuperação.

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

ATENDIMENTO NACIONAL: Somente em casos de Urgência/Emergência, estando em trânsito, o beneficiário terá atendimento da rede credenciada exceto em hospitais de alto custo.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

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

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidade a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual não se tem direito às coberturas **CONTRATADAS**.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: documento que contém os dados do beneficiário (nome, data de nascimento, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação ou plano).

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

COBERTURA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL: segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços de saúde, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

COBERTURA ASSISTENCIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: segmentação do plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que garante a atenção ao parto, doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, procedimentos determinados no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

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

COBERTURAS: Compreenderem O Denominado Rol de Procedimentos, a que os beneficiários têm direitos ao atendimento e aos serviços conforme opção firmada nocontrato.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da **CONTRATADA** quanto do **CONTRATANTE** e/ou BENEFICIÁRIO de ummesmo plano de assistência à saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR CONSU: órgão colegiado com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ações e o funcionamento da ANS; fixar diretrizes gerais para implementação no setor se saúde suplementar; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

CONSULTA: é o ato médico realizado no sentido de elucidação diagnóstica e proposta terapêutica. O beneficiário terá prazo definido pelo médico que o atender, para retomar sua visita para fins de análise dos exames complementares e definição de tratamento, a contar da data da consulta inicial.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE: denominação atribuída ao pagamento de uma importância pelo **CONTRATANTE** de plano de saúde a uma operadora, para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. Equivalente à mensalidade.

CONTRATADA: a pessoa jurídica, descrita no contrato, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestações dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora contratado, nos termos destes instrumentos,através de seus médicos cooperadores e de rede própria, ou por ela **CONTRATADA**.

CONTRATANTE: é a pessoa física que contrata a prestação de serviços de assistênciaà saúde.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento. Podendoser referente a consulta médica, exames complementares, fisioterápicos e procedimentos ambulatoriais.

DENÚNCIA: manifestação unilateral da vontade de extinguir, de não continuar a relação contratual comprazo indeterminado.

DIRETRIZES CLÍNICAS – DC: anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar que visa à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória prevista no Rol de Procedimentos e Eventosem Saúde Suplementar, editado pela ANS;

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO – DUT: anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturasde alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar;

DEPENDENTES: São aceitos como dependentes, todos os beneficiários conformesolicitados pelo **CONTRATANTE**, independente do grau de parentesco.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curtaduração, podendo ser reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA: anomalia anatômica ou funcional, genética ou não, presente quando do nascimento, podendo se manifestar posteriormente ao mesmo.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): é aquela que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de plano privadode assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em ambiente e em função do trabalho

DOENÇA: falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade, que leva o indivíduo a tratamento médico. E não se enquadra na definição de Acidente Pessoal.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

ENTREVISTA QUALIFICADA: orientação ao beneficiário, gratuita por direito, realizada por médico credenciado indicado pela operadora, antes da contratação do plano para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão das informações. A entrevista também pode ser realizada por médico da escolha do beneficiário, que neste caso arcará com o custo proveniente.

EVENTO: é todo dano à saúde, por processo mórbido ou em decorrência de acidentede qualquer natureza. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva. Acontecimento, eventualidade, ocorrência.

EXAME COMPLEMENTAR: é o procedimento solicitado pelo médico assistente que possibilita uma investigação e elucidação de diagnóstico, ou para melhor avaliar as condições clínicas durante e após o tratamento.

FATOR MODERADOR: São as coparticipações em consultas, exames e franquia de internação, que são cobradas conforme definições da proposta de adesão.

GRUPO FAMILIAR: compreender todos os integrantes de um mesmo contrato familiar,ou seja, titular e seus dependentes.

HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: dá-se quando o beneficiário é admitido em hospital, paraser submetido a tratamento, ficando sob os cuidados do médico assistente.

JUNTA MÉDICA: composta em caso de divergência clínica entre os profissionais requisitantes e a operadora, cabendo análise ao profissional escolhido do comum acordo entre as partes com as despesas devidas pela operadora.

MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à **CONTRATADA**, em facedas coberturas **CONTRATADAS**. Equivale à contraprestação pecuniária.

ÓRTESE: acessório auxiliar de função ou membro, por vezes usado em procedimentoscirúrgicos, podendo ou não, ser retirado posteriormente.

PARTO ATERMO: é aquele que ocorre entre 38 (trinta e oito) e 42 (quarenta e dois) semanas após a concepção do feto, estando este formado, maduro e pronto para a vida extrauterina.

PATOLOGIA: estudo das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: conjunto de garantias e condições cobertas referentes aos atendimentos à saúde mediante contrato firmado entre Operadora e o **CONTRATANTE**.

PRESTADORES DE ALTO CUSTO ou de TABELA PRÓPRIA: São aqueles que possuem sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando às tabelas praticadas pela **SUL DO PARÁ SAÚDE**, podendo ser, ou não, credenciados da Operadora.

PRIMEIROS SOCORROS: primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência e/ou emergência.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE: são os relacionados no Anexo I da resolução ANS/RDC nº 68 de 07/maio/2001, ou qualquer outra que venha a substituí-la, quando referentes às Doenças e Lesões Preexistentes, que constarem em cláusula específica e terem sua cobertura suspensa pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

PROCEDIMENTO: para fins e efeitos do plano contratado, trata-se de formas ou meios de atendimento para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento do beneficiário,quando da ocorrência de evento mórbido.

PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS: Todos os procedimentos que não constam no Rolde Procedimentos editados pela ANS.

PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento validado pelas partes **CONTRATANTES** e que expressa a constituição jurídica das mesmas, onde consta a opção **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, firmando estas condições gerais e devidamente rubricadas pelas partes.

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

PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO – PROUT: anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar que estabelece os critérios para fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina.

REAJUSTE ANUAL: De acordo com o índice autorizado pela ANS.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

REAJUSTE ECONÔMICO: é o aumento da mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como inflação e o uso de novas tecnologias, sendo aplicado o índice em contrato.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA: Os percentuais de reajuste por faixa etária estão definidos na proposta de adesão e serão aplicados após a data de aniversário de cadabeneficiário inscrito.

REAJUSTE TÉCNICO: é a recomposição econômico-financeira do contrato, apurada pela sinistralidade acumulada no período analisado.

REDE CREDENCIADA: conjunto de estabelecimentos de saúde, próprios ou contratados, para a prestação assistencial aos beneficiários, dentro da área de atuação do plano contratado.

RESCISÃO: supressão da relação contratual por uma das partes, devido a inadimplemento.

RESILIÇÃO: dissolução de contrato, por qualquer das partes ou por acordo de ambasas partes.

RESOLUÇÃO: dissolução do contrato, por condenação judicial, motivada pelo descumprimento de uma das partes de qualquer uma de suas cláusulas vigentes.

ROL DE PROCEDIMENTOS: relação de atos médicos para atendimentos e tratamento definidos pela ANS, conforme normativo editado pela ANS vigente à época do evento.

SEGMENTAÇÃO DO PLANO: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: aqueles colocados à disposição do beneficiário pela **CONTRATADA**, para atendimento médico-hospitalar, além da redeprópria da Cooperativa e dos médicos cooperados.

SINISTRALIDADE: resultado obtido no confronto entre as despesas e receitas advindas da prestação dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários durante o período analisado.

TIPO DE ACOMODAÇÃO: Plano "A" acomodação Coletiva (enfermaria), Plano "B"acomodação individual(apartamento).

TIPOS DE CONTRATAÇÃO: Pessoa Física, com vigência mínima de 12 meses.

TIPO DE PAGAMENTO DAS MENSALIDADES: Pré-pagamento.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal, voluntário ou não, bem como de complicações no processo gestacional.

VIGÊNCIA INICIAL: é o período de 12 (doze) meses, a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina o prazo mínimo de vigência contratual.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

VIGÊNCIA MÍNIMA: é o período de 12 (doze) meses, a ser considerado a partir da datada assinatura do contrato e que determina o prazo mínimo e obrigatório de vigênciacontratual.

VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO: é o período posterior ao da vigência inicial.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

ANEXO II - GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano se destina à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/ Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	5 a 9
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação dos planos hospitalares; pode ser coletiva ouindividual.	Proposta de adesão
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde **CONTRATADAS**. Á exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do (s) estado (s) ou municípios (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	Proposta de adesão
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e nocontrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	6 a 13
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar,conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	13 a 17

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

DOENÇAS E LESÕES PRÉ EXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	18 e 21
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	17 e 18
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co- participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	25 a 31
VIGÊNCIA	Define o período em que vigora o contrato	17
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	33
REAJUSTE	O reajuste por variações de custos é aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A 20 variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	31
CONTINUIDADE NOPLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART.30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica a este contrato

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar Ministério da Saúde

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

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Disque ANS: 0800 701 9656 A. Augusto Severo, 84 Glória CEP:20021-040 www.ans.gob.br Rio de Janeiro RJ ouvidoria@ans.go.br

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

ANEXO III - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado. Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial): associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas **CONTRATANTES**, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de se vincular a um plano coletivo, em especial por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

Aspectos a serem observado na contratação ou ingresso em um plano de saúde

<table>
<tr><th colspan="3">CARÊNCIAS</th></tr>
<tr><td colspan="2">PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazo máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998:
- 24h para urgência /emergência;
- Até 300 dias para parto a termo; e,
- Até 180 dias para demais procedimentos</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PLANOS COLETIVOS COLETIVO EMPRESARIAL</td><td>Com 30 participantes oumais</td><td>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica CONTRATANTE.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 Participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei</td></tr>
</table>

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

PLANOS COLETIVOS PORADESÃO	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica **CONTRATANTE** e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desdeque: 1. os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica **CONTRATANTE** após os 30 dias da celebração do contrato e 2. tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias dadata do aniversário do contrato.

ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

Alteração na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso, de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalências e já analisada pela ANS.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automáticaA vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento de mensalidade por período superior a sessenta dia, consecutivos ou não, nos últimos

doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50°diadeinadimplência. Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica **CONTRATANTE** e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular oude dependência.

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

Perda a condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresarias em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestão.

A condição de exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do **CONTRATANTE** (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000

ANS - nº 423718

de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgências/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998. A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde **CONTRATADAS**. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do (s) estado (s) ou município (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupos de municípios ou municipal.

É importante que os beneficiários fiquem atento a estas informações, uma vez que as especializações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar ao contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se á como data de celebração do contrato coletivo a data de ingresso da pessoa jurídica **CONTRATANTE** ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-7019656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar Ministério da Saúde

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Disque ANS: 0800 701 9656 A. Augusto Severo, 84 Glória CEP:20021-040 www.ans.gob.br Rio de Janeiro RJ ouvidoria@ans.go.br

FOLHA CSII 30 LOTE Go6 E Go7 - Referência: ao lado da SEFA
CEP: 68.507-370, MARABÁ-PA
(94) 98150-7000