Sul do Pará
SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS

EMPRESARIAL

NOVEMBRO/2023 – 1ª EDIÇÃO

ANS - nº 423718

Sul do Pará SAÚDE

SUMÁRIO

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO 3

1.1. NATUREZA 3

2. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 3

2.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 3

3. DISPOSIÇÕES GERAIS RELATIVAS AS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO4

3.1. DISPOSIÇÕES GERAIS 4

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 6

4.1. CONDIÇÕES GERAIS 6

4.2. COBERTURAS AMBULATORIAIS E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA 7

4.3. EXCLUSÕES DE COBERTURA 10

5. DURAÇÃO DO CONTRATO 12

5.1. VIGÊNCIA 12

5.2. RENOVAÇÃO 13

6. PERÍODO DE CARÊNCIA 13

6.1. CONDIÇÕES GERAIS 13

7. DOENÇAS E LESÕE S PREEXISTENTES 13

7.1. CONDIÇÕES GERAIS 13

7.2. DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E AGRAVO 14

8. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 16

8.1. CONDIÇÕES GERAIS 16

9. DA REMOÇÃO 16

9.1. CONDIÇÕES GERAIS 16

9.2. DA REMOÇÃO PARA O SUS: 17

10. DO REEMBOLSO 17

10.1. CONDIÇÕES GERAIS 17

11. MECANISMO DE REGULAÇÃO 18

11.1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO 18

11.2. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS 19

11.3. DA JUNTA MÉDICA 19

11.4. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA 19

11.5. DO FATOR MODERADOR – COPARTICIPAÇÃO 20

11.6. REGIME DE PORTA DE ENTRADA 20

12. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 20

12.1. CONDIÇÕES GERAIS 20
13. REAJUSTE 22
13.1. DO ÍNDICE APLICADO 22
13.2. DO REAJUSTE POR SINISTRALIDADE 22
13.3. DISPOSIÇÕES GERAIS 22
13.4. REAJUSTE POOL DE RISCO 23
14. FAIXAS ETÁRIAS 23
14.1. CONDIÇÕES GERAIS 23
15. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVO 24
15.1. DO DEMITIDO 24
15.2. DO APOSENTADO 24
15.3. DO OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR 25
16. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 25
17. DA RESCISÃO 26
17.1. CONDIÇÕES GERAIS 26
18. DISPOSIÇÕES GERAIS 26
19. ELEIÇÃO DE FORO 29
ANEXO I - TERMINOLOGIAS E DEFINIÇÕES DO CONTRATO 30
ANEXO II - GUIA DE LEITURA CONTRATUAL 37
ANEXO III - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE 40

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. NATUREZA

1.1.1. O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

1.1.2. 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. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária.

2.1.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a **CONTRATANTE**.

I. os sócios da pessoa jurídica contratante;
II. os administradores da pessoa jurídica contratante;
III. os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
IV. os agentes políticos;
V. os trabalhadores temporários;
VI. os estagiários e menores aprendizes

2.1.3. 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 cônjugesalvo por decisão judicial.
III. Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24anos incompletos;
IV. Os tutelados e os menores sob guarda;

2.1.4. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência àsaúde.

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

ANS - nº 423718

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

3. DISPOSIÇÕES GERAIS RELATIVAS AS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E INSCRIÇÃO

3.1. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1.1. Poderá ainda ser inscrito no plano, desde que estejam dentre as pessoas elegíveis definidas na Cláusula II, no prazo de 30 (trinta) dias do evento que conferiu este direito, o cônjuge recém-casado com o beneficiário titular, prazo contado da celebração do matrimônio ou da união estável oficial (comprovada por escritura pública).

3.1.2. O número inicial de beneficiários constará da relação fornecida pela **CONTRATANTE** através de meio eletrônico padronizado pela **CONTRATADA**, ou ainda através de planilhas fornecidas pela **CONTRATADA**, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediante documentos oficialmente instituídos.

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

3.1.4. Se não houver a inscrição no prazo no prazo de 30 (trinta) dias definido na Cláusula II, a **CONTRATANTE** deverá providenciar a transferência, sob suas exclusivas expensas, ou arcar com as despesas decorrentes da internação, a partir do 31° dia.

3.1.5. A **CONTRATANTE** responsabiliza-se civil e criminalmente através de seus representantes legais, pelas informações sobre a titularidade ou dependência dos inscritos, ficando assegurado à **CONTRATADA** o direito de solicitar a comprovação, quando julgar necessária.

3.1.6. A **CONTRATANTE** é obrigada fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

3.1.6.1. Para fins de inclusão, é de responsabilidade da **CONTRATANTE**, através do sistema cadastral da Operadora, dispor das seguintes informações dos beneficiários titulares e dependentes:

I. Nome completo;
II. Número do CPF;
III. Número do RG, órgão expedidor, UF e data de expedição;
IV. Nome completo da mãe e do pai;
V. Data de nascimento;
VI. Sexo;
VII. Estado civil;

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

ANS - nº 423718

VIII. Numeração do Cartão Nacional do SUS;
IX. Endereço Residencial;
X. Telefone e e-mail para contato;
XI. Plano;
XII. Tipo de movimentação (inclusão, exclusão ou transferência);
XIII. Data de adesão, exclusão ou transferência;
XIV. Tipo de beneficiário (titular ou dependente); e,
XV. Grau de parentesco com relação ao titular.

3.1.6.2. A inscrição dos beneficiários titulares e dependentes fica condicionada a apresentação da documentação abaixo, podendo ser necessários outros documentos não listados, em atendimento as determinações da ANS, a saber:

I. beneficiários titulares: Cópia do RG/CNH, CPF, RIC, Certidão de Casamento e comprovante de endereço;
II. o cônjuge: Cópia do RG/CNH, CPF, RIC e Certidão de Casamento;
III. o companheiro: Cópia do RG/CNH, CPF, RIC, reconhecimento de União Estável através de Escritura Pública ou por decisão judicial;
IV. os filhos e enteados menores de 18 anos: Cópia da Certidão de Nascimento;
V. os filhos com até 24 anos, se estudantes universitários: Cópia da Certidão de Nascimento e cópia do comprovante de matrícula;
VI. os filhos adotivos, tutelados e/ou menores sob guarda: Cópia da decisão judicial;
VII. Declaração de nascido vivo, para recém-nascido

3.1.7. Deverá a **CONTRATANTE** realizar a movimentação cadastral de inclusão e exclusão de beneficiários, VIA WEB, em programa exclusivo da Operadora, direcionada para a **CONTRATADA**, onde já estão definidos os padrões de inclusões imediatas, sendo garantido o atendimento para os beneficiários incluídos no primeiro dia útil após a solicitação da **CONTRATANTE**.

3.1.7.1. Em caso de indisponibilidade do sistema, poderá a **CONTRATANTE** efetuar, de modo excepcional, a inclusão e exclusão de beneficiários mediante envio de e-mail com a documentação exigida, para o seguinte endereço: comercial@suldoparasaude.com.br.

3.1.8. Para efeito de faturamento das inclusões imediatas de beneficiários será considerado o próximo dia útil do fechamento do lote, ficando a **CONTRATANTE** ciente que serão cobradas as mensalidades proporcionais (pro rata).

3.1.9. Os serviços previstos neste contrato só poderão ser utilizados pelos beneficiários regularmente inscritos pela **CONTRATANTE** e aceitos pela **CONTRATADA**, a partir da data da inclusão e do término das carências, respeitando o determinado nas cláusulas de condições de admissão e os períodos de carência previstos neste instrumento.

3.1.10. Por ocasião da contratação do plano de saúde, a **CONTRATANTE** deverá encaminhar os documentos abaixo especificados à **CONTRATADA**:

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

I. Contrato Social ou Estatuto Social e ata de eleição, ou outro documento que comprove o responsável legal pela empresa;
II. Cartão CNPJ atualizado;
III. Comprovante de endereço e número de telefone atualizado;
IV. Lista atualizada dos associados, indicando o nome completo, data de nascimento, CPF e data de vinculação à Pessoa Jurídica;
V. RG/CNH, CPF e comprovante de endereço do(s) Sócio(s) Administrador(es) ou responsável(eis) legal(ais) da empresa, respectivamente de quem irá assinar o contrato;
VI. Apresentar à **CONTRATADA** os documentos que demonstrem que a empresa foi constituída há, no mínimo, 06 (seis) meses (Certificado de Microempreendedor Individual);
VII. Requerimento de Empresário Individual ou outros documentos que confirmem a sua inscrição em órgãos competentes;

3.1.11. A ausência de quaisquer informações ou documentos listados neste capítulo, impossibilita a inclusão como beneficiário de plano de saúde, ficando a **CONTRATADA** isenta de qualquer penalidade administrativa ou judicial pelo fato.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. CONDIÇÕES GERAIS

4.1.1. A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o 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, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Rol Odontológico da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

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

4.1.3. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

4.1.4. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

4.1.5. Todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

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

4.1.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

4.2. COBERTURAS AMBULATORIAIS E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

4.2.1. Aos BENEFICIÁRIOS serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, bem como atendimentos que não necessitem de internação hospitalar, como consultas médicas, exames clínicos, laboratoriais e terapias, todos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme relacionado a seguir:

I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
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;
III. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
IV. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
V. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
VI. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
   a) atividades educacionais;
   b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
   c) atendimento clínico;
   d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
   e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.
VII. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;
VIII. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, 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

ANS - nº 423718

IX. Diária de internação hospitalar em Centro de Terapia Intensiva (CTI), ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
X. Acesso à acomodação contratada, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
XI. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação dentro do ambiente hospitalar;
XII. Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
XIII. Cobertura de exames complementares indispensáveis para 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, exceto aqueles não previstos no rol de procedimentos da ANS;
XIV. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
XV. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
XVI. Cobertura de um acompanhante pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
XVII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
XVIII. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerados:
a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) radioterapia;
d) hemoterapia;
e) nutrição enteral e parenteral;
f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
g) embolizações
h) radiologia intervencionista;
i) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgico;
j) procedimentos de fisioterapia.
XIX. Cirurgias buco-maxilo-faciais realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de

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

medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme Lei n.º 9.656/98 e RN n.º 387/2015;

XX. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

XXI. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XXII. Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, incluindo:

a) O custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) O custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano de Contrato não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

c) A cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-1.

4.2.2. É garantida a cobertura de transplantes de córnea, rim e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos.

I. Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

II. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá,

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

obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998.

4.2.3. A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério e inclui:

I. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
II. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (genitor ou genitora do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo;
III. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

4.3. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.3.1. ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA OS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS E SUAS INTERNAÇÕES PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO, exceto quando decorrentes do imperativo clínico devidamente justificado nos contratos com cobertura hospitalar, assim definidos na norma regulatória vigente a época do evento.

4.3.2. ESTÃO TAMBEM EXCLUÍDOS:

I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente, especialmente que:
   a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; ou,
   b) são considerados experimentais pelos Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou,
   c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
II. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carência ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
III. Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

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

IV. Inseminação artificial entendida como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos (células germinativas femininas) e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
V. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
VI. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
VII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VIII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
IX. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
X. Todos os procedimentos constantes na segmentação odontológica;
XI. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelasautoridades competentes;
XII. Casos de cataclismos, guerra e comoções internas quando declarados pela autoridade competente;
XIII. Assistência domiciliar de qualquer natureza;
XIV. Na hipótese de internação domiciliar, estão excluídos os insumos ligados a cuidados (higiene, assepsia, alimentação e remédios de uso ambulatorial).
XV. Cirurgias para mudança de sexo;
XVI. Despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente, produtos de toalete e higiene pessoais diversos dos disponibilizados pela entidade hospitalar, serviços telefônicos, alimentação diversa da ofertada na dieta da entidade hospitalar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
XVII. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
XVIII. Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
XIX. Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

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

ANS - nº 423718

XX. Aplicação de vacinas preventivas;
XXI. Exames para piscina ou ginástica, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
XXII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
XXIII. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
XXIV. Remoção domiciliar;
XXV. Transplantes, exceto os de córnea e rim, e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
XXVI. Tratamentos em clínicas de emagrecimento/SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
XXVII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior
XXVIII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
XXIX. Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
XXX. Remoções fora da área de abrangência geográfica deste contrato, ou sem determinação do médico cooperado/assistente;
XXXI. Exames admissionais, demissionais, periódicos, e quaisquer outros relacionados à saúde ocupacional
XXXII. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência deste contrato ou do cumprimento das carências;
XXXIII. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
XXXIV. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese é entendida como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, Órtese é entendido como qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

4.3.3. Ocorrendo a hipótese prevista no inciso XVI. desta Cláusula, tais despesas extraordinárias deverão ser pagas diretamente ao estabelecimento pelo beneficiário, sem direito a ressarcimento pela CONTRATADA.

4.3.4. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado

5. DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. VIGÊNCIA

5.1.1. O presente Contrato terá vigência na data descrita na proposta de contratação que acompanha o presente instrumento, exceto se formalmente comunicada a alteração da data.

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

ANS - nº 423718

5.2. RENOVAÇÃO

5.2.1. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

6. PERÍODO DE CARÊNCIA

6.1. CONDIÇÕES GERAIS

6.1.1. Em se tratando de contratação com número maior ou igual a 30 (trinta) beneficiários não será exigido o cumprimento de prazo de carência (artigo 6º, da RN 557/22, , para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

6.1.2. Caso haja carência no plano coletivo, a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

6.1.3. A carência atenderá o disposto do Art. 12 inc. V da Lei 9.656/98, e por isto, será de:

I. **24 (vinte e quatro) horas**: cobertura para os casos de emergências e urgências, com repouso até 12 (doze) horas se necessário e remoção para hospital público se caracterizar necessidade de internação;
II. **180 (cento oitenta) dias:** todos os demais atendimentos e procedimentos;
III. **300 (trezentos) dias**: para parto a termo;
IV. **720 (setecentos e vinte) dias**: Cobertura Parcial Temporária.

7. DOENÇAS E LESÕE S PREEXISTENTES

7.1. CONDIÇÕES GERAIS

7.1.1. O beneficiário deverá informar à **CONTRATADA**, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.1.2. Doenças ou Lesões Preexistentes 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 art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 558/22.

7.1.3. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da

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

Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.1.4. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.1.5. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.1.6. 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.

7.1.7. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.1.8. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.2. DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E AGRAVO

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

7.2.2. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura **CONTRATADA**, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

7.2.3. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito 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

alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

7.2.4. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

7.2.5. É vedada à **CONTRATADA** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

7.2.6. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação **CONTRATADA** e prevista na Lei n° 9.656/1998.

7.2.7. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.2.8. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **CONTRATADA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa dobeneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.2.9. Instaurado o processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.

7.2.10. A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.2.11. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

7.2.12. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.2.13. Após julgamento, e acolhida à alegação da **CONTRATADA**, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.

7.2.14. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.2.15. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que

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

trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

8. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. CONDIÇÕES GERAIS

8.1.1. A **CONTRATADA** garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

I. **Urgência**: assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processogestacional; e

II. **Emergência**: como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.1.2. A cobertura deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, e será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, quando o produto contratado compreender apenas a segmentação ambulatorial.

8.1.3. Na hipótese de o produto contratado compreender a cobertura ambulatorial, cessada a cobertura, caberá ao beneficiário o ajuste com o beneficiário para sua permanência no hospital, ou em caso de remoção para o SUS, esta se dará às expensas da OPERADORA.

9. DA REMOÇÃO

9.1. CONDIÇÕES GERAIS

9.1.1. A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses, conforme termos da RN ANS 490/22, ou outra que venha a substituir:

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 cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II. de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e 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 cooperado, 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

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

ANS - nº 423718

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 cooperado, 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 nos arts. 4º, 5º e 6º, RN ANS 557/22;

V. de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, 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, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

9.2. DA REMOÇÃO PARA O SUS:

9.2.1. Na hipótese de quem não haja continuidade de cobertura do BENEFICIÁRIO no hospital onde se encontre, à **CONTRATADA** caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

9.2.2. Quando não puder haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** desse ônus.

9.2.3. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro naunidade SUS.

9.2.4. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a **CONTRATADA** desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

10. DO REEMBOLSO

10.1. CONDIÇÕES GERAIS

10.1.1. Será garantido ao Beneficiário, nos limites das obrigações contratuais, o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

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 beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos:

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. O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela **CONTRATADA**, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

11. MECANISMO DE REGULAÇÃO

11.1. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

11.1.1. Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecida e expedida pela **CONTRATADA** para os beneficiários cadastrados no plano, acompanhada de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

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

ANS - nº 423718

11.1.2. O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas da confecção de outra via.

11.1.3. Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

11.2. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

11.2.1. Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

11.2.2. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela **CONTRATADA**, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

11.3. DA JUNTA MÉDICA

11.3.1. A **CONTRATADA** garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse 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 nomeados.

11.3.2. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da **CONTRATADA**, que nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela operadora.

11.4. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

11.4.1. Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela **CONTRATADA**, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais associados.

11.4.2. A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da **CONTRATADA** terá suas atualizações disponíveis na sede da **CONTRATADA**, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

11.4.3. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quando a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

I. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos

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

decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

11.5. DO FATOR MODERADOR – COPARTICIPAÇÃO

11.5.1. O plano poderá prever coparticipação por consulta, exame e/ou procedimento e uma coparticipação POR EVENTO, conforme definição na proposta de adesão e em conformidade com a legislação vigente à época da contratação.

11.5.2. 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. Os valores da coparticipação estão definidos no instrumento de contratação.

11.5.3. 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.

11.5.4. 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).

11.6. REGIME DE PORTA DE ENTRADA

11.6.1. Todos os produtos contratados pelo beneficiário estão sujeitos ao regime de porta de entrada para a cobertura médica, nos termos do Art. 4º da norma CONSU nº 8, ou outra que venha a substituir.

11.6.2. As internações hospitalares serão realizadas de acordo com o direcionamento da CONTRATADA. Os BENEFICIÁRIOS internados em outros hospitais da rede credenciada serão comunicados e transferidos tão logo exista condições médicas assim avaliado pela auditoria da CONTRATADA

11.6.3. As cirurgias eletivas serão direcionadas para a equipe cirúrgica indicada pela CONTRATADA

11.6.4. Todo o serviço de oncologia será direcionado para a rede indicada pela CONTRATADA

12. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

12.1. CONDIÇÕES GERAIS

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

12.1.1. O valor da contraprestação pecuniária baseia-se no sistema pré-pagamento a ser efetuado pela **CONTRATANTE** pagar à **CONTRATADA**, no local, forma e nos prazos fixados, sendo a mensalidade calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos e suas características de distribuição por faixa etária (item 11, do Anexo II da RN 100/2005, alterada pela RN 144/2007).

12.1.2. As faturas referentes aos serviços mensais prestados, emitidas pela **CONTRATADA**, deverão ser pagas pela EMPRESA quando do seu vencimento, ou seja, nos dias 10 (dez), 20 (vinte) ou 30 (trinta) do mês da competência da prestação dos serviços, conforme vencimento preestabelecido por ambas as partes, salvo a fatura inicial cujo vencimento será 05(cinco) dias da sua apresentação.

12.1.3. A 1ª (primeira) fatura do Contrato, levará em conta o número de USUÁRIOS constantes da Relação Inicial. As movimentações (inclusões e/ou exclusões) ocorridas neste período serão consideradas a partir dos próximos faturamentos.

12.1.4. As demais faturas serão processadas sempre 15 (quinze) dias antes do vencimento de cada mês, com base na posição do cadastro de USUÁRIOS em poder da **CONTRATADA** e sempre tomando como referência o mês da competência da prestação dos serviços, sendo que eventuais acertos serão processados no faturamento do mês seguinte.

12.1.5. Os pagamentos deverão ser feitos até a data de seu vencimento na rede bancária indicada pela **CONTRATADA**, ou outros locais, também por ela indicados, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer outro documento determinado pela **CONTRATADA**. O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

12.1.6. O não recebimento da fatura, boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga a EMPRESA de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

12.1.7. As faturas correspondentes a serviços não cobertos e/ou solicitados e autorizados pela EMPRESA, bem como os referentes ao uso indevido, deverão ser pagas dentro de 5 (cinco) dias de sua apresentação, desde que sejam justificadas pela **CONTRATADA**, que deverá fornecer todos os comprovantes necessários para a cobrança.

12.1.8. O pagamento da fatura, após o vencimento, ficará sujeito à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso e juros de 1% (um por cento) ao mês.

12.1.9. O pagamento total dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica **CONTRATANTE**, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

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

12.1.10. Não haverá distinção quanto ao valor de contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles que já estejam vinculados.

12.1.11. É responsável a **CONTRATANTE** pelo acompanhamento, controle e cobrança dos pagamentos efetuados pelos beneficiários, comunicando-os acerca do não cumprimento das obrigações financeiras, bem como sobre o cancelamento do plano de por conta de inadimplência.

12.1.12. A **CONTRATANTE** assume o risco decorrente da inadimplência dos usuários da **CONTRATANTE**, repassando o valor integral das faturas da **OPERADORA**.

13. REAJUSTE

13.1. DO ÍNDICE APLICADO

13.1.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços Médio (IGPM). Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 02 meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

13.2. DO REAJUSTE POR SINISTRALIDADE

13.2.1. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

13.2.2. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

13.2.3. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

13.2.4. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 14.2.1, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 14.1.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

13.3. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.3.1. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 14.1.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

13.3.2. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

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

ANS - nº 423718

13.3.3. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

13.3.4. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

13.3.5. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

13.4. REAJUSTE POOL DE RISCO

13.4.1. Caso o presente contrato, na época de apuração para reajustes, possua menos de 30 (trinta) beneficiários inscritos, será agrupado com todos os demais contratos coletivos da carteira da CONTRATADA que se encontrarem nessa situação, formando o denominado POOL DE RISCO.

13.4.2. Se o contrato principal for agregado ao agrupamento de contratos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, citados na cláusula anterior, o grupo beneficiado deverá ser constituído por no mínimo 02 (dois) e no máximo 29 (vinte e nove) beneficiários, número esse necessário para a manutenção do contrato, ser-lhe-á aplicado o mesmo reajuste para todos os contratos coletivos que formam este agrupamento.

13.4.3. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

13.4.4. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

14. FAIXAS ETÁRIAS

14.1. CONDIÇÕES GERAIS

14.1.1. 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.

14.1.2. 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;

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

IX. de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
X. de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

14.1.3. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

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

14.1.4. 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.

15. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVO

15.1. DO DEMITIDO

15.1.1. A **CONTRATANTE** assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/98). O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento.

15.1.2. O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

15.2. DO APOSENTADO

15.2.1. A **CONTRATANTE** assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **CONTRATANTE** o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98). O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento.

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

ANS - nº 423718

15.2.2. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

15.2.3. Em caso de morte do titular, demitido ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

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

15.2.5. A condição de beneficiário assegurada deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular, demitido ou aposentado, em outro emprego.

15.2.6. O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

15.2.7. Nos planos coletivos EMPRESARIAIS custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

15.3. DO OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR

15.3.1. No caso de cancelamento do benefício, os usuários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da **CONTRATADA**, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

I. A **CONTRATADA** disponha de um Plano individual ou Familiar;
II. O Beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e deseus dependentes;
III. O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;
IV. Incluem-se no universo de usuários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

16. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1.1. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

I. Perda da qualidade de beneficiário titular:
II. pela rescisão do presente contrato;
   a) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
   b) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
III. Perda da qualidade de beneficiário dependente:
IV. pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste 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

a) a pedido do beneficiário titular;
b) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

V. Caberá tão-somente à pessoa jurídica **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão debeneficiários.

VI. A **CONTRATADA** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica **CONTRATANTE** nas seguintes hipóteses:

VII. fraude;

VIII. por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

17. DA RESCISÃO

17.1. CONDIÇÕES GERAIS

17.1.1. O atraso no pagamento da mensalidade, pela **CONTRATANTE**, por um período superior a 10 (dez) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

17.1.2. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

I. prática de fraude comprovada;

II. inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a **CONTRATANTE** seja comprovadamente notificada até o 20º (vigésimo) dia da inadimplência.

III. por inadimplemento contratual por parte da **CONTRATADA**;

IV. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

V. Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.

b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor de R$ ou %das mensalidades restantes para se completar este período.

17.1.3. Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.1.4. É de responsabilidade da **CONTRATANTE**, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da **CONTRATADA**.

18. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ANS - nº 423718

18.1.1. As partes destacam, de forma irretorquível, com a clareza do artigo 54, parágrafo 3.° 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 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 tem cobertura neste contrato.

18.1.2. O (A) **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a**CONTRATADA**.

18.1.3. O (A) **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

18.1.4. Qualquer tolerância por parte da **CONTRATADA** não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.1.5. A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades **CONTRATADAS** ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

18.1.6. É obrigação do (a) **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

18.1.7. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma **CONTRATADA**, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

18.1.8. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

18.1.9. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhado por escrito à **CONTRATADA**.

18.1.10. 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.

18.1.11. Toda e qualquer notificação/comunicação prevista neste contrato deverá ser encaminhada ao endereço constante da minuta contratual e informações dos beneficiários encaminhadas pela **CONTRATANTE** á **CONTRATADA**, tendo plena validade e eficácia a notificação enviada aos referidos endereços, que

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

devem ser mantidos atualizados, seja das partes **CONTRATANTES**, seja dos beneficiários.

18.1.12. A **CONTRATADA** reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela **CONTRATANTE**, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a condição de regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários.

18.1.13. Fica inequivocamente ajustado que os cartões de identificação expedidas pela **CONTRATADA** em função das obrigações do presente contrato são de sua propriedade exclusiva, obrigando-se o **CONTRATANTE** a devolvê-las no caso de rescisão contratual.

18.1.14. O **CONTRATANTE** declara que teve conhecimento prévio do conteúdo do presente contrato, manifestando, neste ato, sua concordância com as cláusulas e condições inseridas nele, no qual adere livre e espontaneamente.

18.1.15. 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, 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 de Leitura Contratual – GLC, os quais neste ato foram repassados à **CONTRATANTE** e esta os entregará aos beneficiários do Plano;

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

18.1.17. 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.

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

18.1.19. 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;

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

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.

19. 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:

_____	_____
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:

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

ANS - nº 423718

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

ANS - nº 423718

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.	3 a 6
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 10
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.	10 a 12

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.	13 e 14
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.	13 e 13
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.	18 a 20
VIGÊNCIA	Define o período em que vigora o contrato	12
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	26
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.	22
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.	24

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

CARÊNCIAS		
PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES		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
PLANOS COLETIVOS COLETIVO EMPRESARIAL	**Com 30 participantes oumais**	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**.
	Com menos de 30 Participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei

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

ANS - nº 423718

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

ANS - nº 423718