

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE, que entre si fazem, através de seus representantes legais:

PREMIUM SAÚDE EIRELI, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 12.682.451/0001-35, Registro na ANS nº 41.782-3, com sede na Rua Ministro Orozimbo Nonato, nº 102, Sala 2407 B, Edifício B, Pavimento 24, Vila da Serra, Nova Lima / MG, CEP 34.006-053; doravante denominada simplesmente **CONTRATADA** e, lado outro, a Empresa devidamente qualificada na Proposta de Admissão, que a partir de agora passa a fazer parte do presente instrumento, Contrato Principal, e doravante denominada **CONTRATANTE**, vêm firmar o presente Contrato de Prestação de Serviços de Oferta de Plano de Saúde, o que fazem com base nas cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

I) Características Básicas:

- Nº de Registro do Plano na ANS: **464.470/11-1**
- Nome Comercial do Plano na ANS: **Prata Ambulatorial Empresarial.**
- Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial.**
- Segmentação Assistencial: **Ambulatorial.**
- Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Grupo de Municípios.**
- Área de Atuação: **Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima, Ribeirão das Neves e Santa Luzia.**
- Formação do Preço: **Pré-estabelecido**
- Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**
- Forma de Pagamento: **Pré-pagamento**
- Vínculo: **Ativo separado do Inativo.**
- Fator Moderador: **Não possui**

II) Condições de Admissão:

Vencimento da Fatura	Dia Limite para Envio da Movimentação
Dia 07	17 do mês anterior
Dia 15	25 do mês anterior
Dia 23	03 do mês corrente
Dia 30	10 do mês corrente

- Número de Beneficiários para manutenção deste Contrato: **80% (Oitenta por cento) da massa inicial;**

III) Duração do Contrato:

- Prazo Mínimo de Vigência Contratual: **12 (doze) meses;**
- Data Inicial de Vigência: **Conforme Proposta de Adesão.**

IV) Períodos de Carência:

- Cobertura para **Urgência e emergência, nos termos previstos neste Contrato: 24 (vinte e quatro) horas;**



- Cobertura para **Consultas Médicas e Exames/Procedimentos Simples** (Valores entre 0 e 49 CH's, da tabela AMB 92): 30 (trinta) dias;
- Cobertura para **Exames/Procedimentos Especiais I** (Valores entre 50 e 99 CH's, da tabela AMB 92): 120 (cento e vinte) dias;
- Cobertura para **Exames/Procedimentos Especiais II** (Valores entre 100 e 299 CH's, da tabela AMB 92): 150 (cento e cinquenta) dias;
- Cobertura para **Exames/Procedimentos Especiais III** (Valores acima de 300 CH's, da tabela AMB 92): 180 (cento e oitenta) dias; Os exames que não estiverem contemplados na tabela AMB 92, criada pela Associação Médica Brasileira, serão considerados como Especiais III.
- Cobertura para **Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, procedimentos de fisioterapia e psicoterapia**: 180 (cento e oitenta) dias;
- Cobertura para **cirurgias Ambulatoriais**: 180 (cento e oitenta) dias;
- Cobertura para **Demais Casos, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**: 180 (cento e oitenta) dias.

V) Mecanismos de Regulação:

- **Exames e Procedimentos Simples:** Serão considerados Exames/Procedimentos Simples para fins deste contrato: análises clínicas; anatomia patológica e citologia; teste ergométrico; eletrocardiograma; eletroencefalograma; endoscopia digestiva; exames radiológicos não intervencionistas; laringoscopia e broncoscopia, mamografia; exames e testes alérgicos; diagnose ginecológica de colposcopia e exame a fresco vaginal e cervical, exames diagnósticos em oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia e dermatologia, exames fisiátricos, **desde que não ultrapassem o valor de 49 CH's por exame e procedimento**. Esclarece-se que CH (Coeficiente Honorário) é um indexador que compõe uma tabela de preços unitários de procedimentos médicos valorada em CH's, de forma a permitir que para se calcular o preço de qualquer procedimento médico, basta multiplicar a quantidade de CH's dele pelo valor de CH – expresso em R\$, vigente/reajustado e variável conforme o prestador do serviço em questão – correspondente.

VI) Formação do Preço e Mensalidade:

- Data para pagamento das Faturas: Conforme Proposta de Adesão.
- Valor da Taxa de Implantação: Conforme Proposta de Adesão.

VII) Reajuste Contratos não Agrupados:

- Índice para o Reajuste Financeiro do Contrato: IGPM – Índice Geral de Preço do Mercado, divulgado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com retroatividade de 02 (dois) meses contados do aniversário do Contrato;
- Meta de Sinistralidade de 75% (setenta e cinco por cento).

VIII) Rescisão/Suspensão:

- Multa pecuniária pela rescisão do Contrato antes da vigência mínima: 50% do valor correspondente a soma das mensalidades faltantes para completar o período mínimo de 12 meses.

IX) Declarações de Recebimento e Posse:



Declaro que, antes de optar pelo plano descrito neste Instrumento, fui esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referência, tendo sido oferecido para minha contratação. Declaro também ter sido devidamente informados de que o Guia de Leitura Contratual – GLC, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e as informações mínimas acerca dos tipos de contratação encontram-se disponíveis no *site* da Operadora, através do *link*: www.premiumsaude.com.br. Declaro, que recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente. Declaro, por fim, que me fora apresentada a tabela de custo por faixa etária deste plano, nos termos da regulamentação.

TEMAS CONTRATUAIS

CLÁUSULA PRIMEIRA - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, **visando à assistência Ambulatorial** com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, **para a segmentação Ambulatorial**.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 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, admitindo-se a inclusão do grupo familiar, conforme disposto a seguir.

2.2 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.2.1 Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**.

2.2.2 Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes: pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:**

- a) O cônjuge, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da certidão de casamento;
- b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia de declaração lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente;



- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, mediante entrega à CONTRATADA de cópia da certidão de nascimento ou de adoção, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante em curso registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento;**
- d) O menor **que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à CONTRATADA de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;**
- e) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **comprovadamente inválidos, mediante entrega à CONTRATADA de atestado de invalidez.**

2.3 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

2.4 A inclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será processada mediante preenchimento da Proposta de Adesão.

2.5 Ficará a cargo do Beneficiário Titular, quando do preenchimento da Proposta de Adesão, informar a relação dos Dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação completa, incluindo filiação, endereço completo, número de inscrição no CPF e RG.

2.6 Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA, pela CONTRATANTE.

2.7 A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA no dia de cada mês especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, a relação dos Beneficiários que aderirem ao Plano previsto neste Contrato, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e dos Beneficiários que forem excluídos, nos termos estabelecidos neste Contrato.

2.8 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela CONTRATANTE será processada na data prevista nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no mesmo dia em que ocorrer o fato.

2.9 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS.

2.10 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.11 No ato da contratação e das inclusões posteriores, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, quando for o caso, obrigando-se a informar a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes, sua e de seus Dependentes, quando receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário.

2.12 É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;**



- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.**

2.12.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.13 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência e exigência de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

2.14 A CONTRATADA exigirá cópias de documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com a CONTRATANTE, bem como das informações pessoais do Beneficiário Titular (CPF, RG, comprovante de residência), além das condições do vínculo de dependência do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (certidão de casamento, nascimento, adoção, outros), podendo renovar a solicitação a qualquer tempo.

2.14.1 Conforme previsão contida nas RN nº 290 e 195, fica o **CONTRATANTE** responsável por fornecer à **CONTRATADA** os seguintes documentos:

Documentos da Pessoa Jurídica Aderente:

- a) Cópia legível do Cartão do CNPJ;
- b) Cópia legível do Contrato Social e suas alterações se houver;
- c) Cópia legível da inscrição municipal e estadual;
- d) Cópia legível do RG e CPF dos sócios;
- e) Cópia da GFIP ou SEFIP do mês anterior à data de assinatura do contrato;
- f) Cópia do comprovante de endereço em nome da empresa;

Documentos do Beneficiário Titular:

- a) Cópia legível do RG ou CNH e CPF;
- b) Cópia do CNS (Cartão Nacional de Saúde);

Documentos dos Beneficiários Dependentes:

- a) Cópia legível do RG ou CNH e CPF;
- b) Cópia legível da Certidão de Nascimento (em caso de beneficiários menores de 18 anos);
- c) Caso o dependente seja cônjuge do titular, cópia da Certidão de Casamento ou declaração de união estável;
- d) Cópia do CNS (Cartão Nacional de Saúde);

2.15 O **CONTRATANTE** de plano coletivo empresarial, nos termos da regulamentação da ANS, deve possuir legitimidade para a formalização da respectiva contratação, podendo ainda tratar-se de MEI (Microempresário Individual, Empresário Individual ou EIRELI (Empresa Individual).

2.15.1 O **CONTRATANTE** deve manter sua legitimidade para que o contrato seja mantido vigente, assim como a inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) ativa, sendo que a **CONTRATADA** pode requerer, a qualquer momento, a comprovação da regularidade dessas condições.

2.15.2 O **CONTRATANTE** deverá remeter para a **CONTRATADA**, anualmente, no primeiro dia útil do mês de aniversário do contrato o (i) comprovante de situação cadastral do CNPJ; (ii) comprovante de endereço para recebimento de correspondência, que se corresponda ao declarado nos órgãos de registro e receita federal; e (iii) comprovante de vinculação dos beneficiários titulares e dependentes, nos termos do presente contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A **CONTRATADA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Contrato, aos Beneficiários regularmente inscritos, **relativos aos atendimentos ambulatoriais realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Contrato, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da CONTRATADA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.

3.1.1 As coberturas de procedimentos e eventos somente serão garantidas quando solicitadas pelo médico assistente, mediante pedido válido por 30 dias, de que conste o CID ou a hipótese diagnóstica, cabendo ainda à operadora adotar a arbitragem de mediação de conflito através de medicina por evidência do CFM e núcleo de avaliação de tecnologia em saúde (NATS), vinculado diretamente à diretoria e integrante da rede brasileira de avaliação de tecnologias em saúde (REBRATS), tendo o papel de oferecer ao gestor, instrumentos técnicos para deliberar com base nas melhores evidências científicas disponíveis sobre a incorporação ou manutenção de tecnologias em saúde.

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
 - a.1) **Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;**
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- e) Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS**

- e vigentes à época do evento**, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **conforme solicitação e indicação do médico assistente**;
- f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
 - g) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
 - i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**;
 - j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
 - k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
 - l) Hemoterapia ambulatorial;
 - m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 O presente Contrato garante, ainda:

- a) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, **caso haja indicação clínica**;
- c) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente para a segmentação ambulatorial;
- d) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exclusivamente para a segmentação ambulatorial.

CLÁUSULA QUARTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA



4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso *off-label*);
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- e) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;
- k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- m) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não



- ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- n) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - o) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - p) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
 - q) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
 - r) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
 - s) Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
 - t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
 - v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
 - w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
 - x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
 - y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
 - z) Cirurgia para mudança de sexo;
 - aa) Avaliação pedagógica;
 - bb) Orientações vocacionais;
 - cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - dd) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
 - ee) Remoção domiciliar;
 - ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
 - hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo previsto nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, contados da data estabelecida nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

5.2 Este Contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.



CLÁUSULA SEXTA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será garantido **após cumprimento das carências especificadas nas CARACTERÍSTICAS GERAIS**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12, da Lei nº 9.656/1998.

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data do processamento pela CONTRATADA da sua inclusão, nos termos estabelecidos nas Condições de Admissão deste Contrato.**

6.3 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, **desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

6.4 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) beneficiários.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará 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.

7.3 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.4 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 pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

7.5 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.**

7.6 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.

7.7 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.



7.8 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.

7.9 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

7.10 A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

7.11 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CONTRATADA por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CONTRATADA para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

7.12 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, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da CONTRATADA, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.13 Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravo.

7.14 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 oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

7.14.2 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.

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

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

7.14.5 Após julgamento, e acolhida a 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.



7.14.6 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.

7.15 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não vigorará esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes **para os Beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

7.15.1 Esta Cláusula de Doenças e Lesões Preexistentes voltará a vigorar para novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta).

CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

8.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3 Será garantida a cobertura nas urgências e emergências por no máximo 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação.

8.4 Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

8.5 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.

8.9.2 Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:

- a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;
- b) caberá à CONTRATADA 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;
- c) na remoção, 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 na unidade SUS;
- d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea b, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.10 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.



8.10.1 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.10.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- c) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.10.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

CLÁUSULA NONA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.

9.2 O **Guia da Rede**, contendo a relação de prestadores de serviços assistenciais à saúde próprios e credenciados pela **CONTRATADA**, é constantemente atualizado no portal da **CONTRATADA** na Internet (www.premiumsaude.com.br) e fica permanentemente à disposição do **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO**, tanto para consulta como para impressão. Fica ainda o **Guia da Rede**, a disposição do **CONTRATANTE** e/ou **BENEFICIÁRIO**, no horário comercial, em nosso SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente.

9.3 Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.4 Informações sobre a rede de serviços podem também ser obtidas via telefone (31 2533-5500 para Belo Horizonte e Região Metropolitana e 4000-1312 demais localidades) no *Call Center* (Central de Atendimento) próprio da **CONTRATADA**, que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia todos os dias do ano.

ATENÇÃO: cada plano da **CONTRATADA** possui um tipo de Guia de Rede, devendo o Beneficiário verificar os locais de atendimento no Guia vinculado ao seu plano e relacionado à abrangência geográfica definida neste Instrumento.

9.5 A **CONTRATADA** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

9.6 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, **ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.**



9.7 No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.8 A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, **obedecidas as determinações deste Contrato, conforme especificado a seguir:**

- a) Consultas: As consultas médicas compreendem atendimento realizado previamente, de forma obrigatória, com o Médico Referência na Clínica de Especialidades da CONTRATADA, rede própria da CONTRATADA, exceto nos casos de urgência e emergência, e, quando necessário, será autorizado o acesso à rede credenciada. As consultas médicas deverão ser agendadas pela Central de Atendimento da CONTRATADA;
- b) Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: os beneficiários deverão dirigir-se à CONTRATADA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela CONTRATADA, dentre os profissionais credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- c) atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e procedimentos ambulatoriais: os beneficiários deverão dirigir-se à CONTRATADA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos nos consultórios, clínicas, serviços ou hospitais credenciados pela CONTRATADA, conforme profissional e local indicados na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- d) Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: os beneficiários deverão dirigir-se à CONTRATADA, com o pedido do médico assistente, para autorização prévia, quando os Beneficiários serão atendidos através da rede própria e credenciada, CONTRATADA, conforme local indicado na autorização prévia, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

9.9 É facultado à CONTRATADA direcionar a realização de exames e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

9.10 O Beneficiário deverá requerer, à CONTRATADA, seja emitida autorização prévia para realização dos atendimentos garantidos por este Contrato, à exceção de consultas e exames/procedimentos simples.

9.11 Serão considerados exames/procedimentos simples, terapias simples e demais procedimentos ambulatoriais simples, para fins deste contrato, os relacionados nas CARACTERÍSTICAS GERAIS.

9.12 A CONTRATANTE e a CONTRATADA poderão ampliar a relação de exames/procedimentos simples prevista neste Contrato, mediante acordo entre as partes.

9.13 Os exames/procedimentos, terapias e demais procedimentos ambulatoriais não relacionados nesse item, serão considerados especiais para os fins deste Contrato.

9.14 A autorização prévia deverá ser obtida nos postos de autorização da CONTRATADA.

9.15 Para autorização de cada procedimento coberto a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.



9.16 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

9.17 É facultado a CONTRATADA requisitar ao Beneficiário ou ao médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia da CONTRATADA.

9.18 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

9.19 Caso o Beneficiário escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do Beneficiário.

9.20 Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.21 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Beneficiário.

9.22 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, constantes no Guia Rede Premium Saúde, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por profissionais legalmente habilitados não credenciados. Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

CLÁUSULA DÉCIMA - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a CONTRATANTE deverá pagar à CONTRATADA, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou do valor estabelecido nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, caso seja fixado preço único).

10.2.1. Fica ajustado entre as partes que a respectiva cobrança da contraprestação pecuniária mensal será realizada de forma direta ao beneficiário pela CONTRATANTE, sendo tal pagamento de responsabilidade exclusiva do beneficiário.

10.2.1.1. A Pessoa Jurídica Aderente declara, nesta oportunidade, possuir plena ciência dos termos do item acima, autorizando a cobrança direta ao beneficiário pela CONTRATANTE.

10.3 Para cobrança do valor de mensalidade, a CONTRATADA enviará, ao CONTRATANTE, fatura de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês estabelecido nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, sendo



essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

10.4 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.

10.5 As faturas emitidas pela CONTRATADA terão por base o número de Beneficiários informado pelo CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de Beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6 A CONTRATADA poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7 Se a CONTRATANTE não receber documento que a possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverá requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

10.8 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.9 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.10 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.11 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.12 No ato da assinatura deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma taxa de implantação, no valor estabelecido nas CARACTERÍSTICAS GERAIS por Beneficiário inscrito. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

10.13 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da CONTRATANTE serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.14 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.15 Do pagamento do Beneficiário

10.15.1 A CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a CONTRATANTE.

10.15.2 Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, para a determinação do custo do Beneficiário foi adotado o critério estabelecido nas CARACTERÍSTICAS GERAIS.



10.15.3 A CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.15.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.15.5 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

10.15.6 O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 05 (cinco) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura ou atendimentos de qualquer natureza, até que os débitos sejam devidamente quitados.

10.16 A eventual alteração de quadro societário, incorporação, fusão, cessão, transformação do CONTRATANTE não impossibilitarão o pagamento das faturas emitidas em decorrência do exposto acima, sendo o seu sucessor integralmente responsável pelo pagamento das obrigações contratuais decorrentes deste contrato, não podendo se eximir da condição de sucessor de direitos e obrigações. Ainda que opte, o sucessor, pela rescisão do presente instrumento, permanecerá responsável pelas obrigações pecuniárias.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual, indicado nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.4 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão Individual de Identificação e coparticipações, se houver, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.5 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.6 Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste instrumento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do Beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.



11.7 Conforme o número de beneficiários vinculados ao presente Contrato, o reajuste a ser aplicado levará em consideração as utilizações decorrentes da carteira de beneficiários vinculada a este instrumento ou o agrupamento de todos os contratos de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão vinculados a esta operadora com menos de 30 (trinta) beneficiários, hipótese que poderá ser desmembrado em sub-agrupamento, observada a legislação a esse respeito.

11.8 A primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a de assinatura deste instrumento e as datas seguintes considerarão o número de beneficiários apurado no mês de seu aniversário.

11.9 No mês de aniversário do contrato (conforme proposta de adesão) de cada ano, a **CONTRATADA** identificará os contratos de planos coletivos em vigor que deverão ser agrupados para efeito de reajuste, considerando o número de beneficiários vinculados a cada contrato em sua última data de aniversário, ainda que esse número se altere posteriormente.

11.10 Do índice de reajuste para contratos agrupados

11.10.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela **CONTRATADA**, divulgado em seu *site*, que será no máximo o percentual obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada no período de abril do exercício antecedente a março do exercício da divulgação do índice de reajuste.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade dos contratos subgrupados, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = S/S_m - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição dos contratos subgrupados), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

S_m = meta de sinistralidade de 65% (sessenta e cinco por cento).

11.10.2 Os percentuais de reajuste definidos, que será o percentual máximo obtido conforme fórmula acima, serão divulgados no *site* da **CONTRATADA** até o 1º dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir dessa data até abril do ano seguinte, sempre observando a data de aniversário de cada contrato.

11.10.3 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA** optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de circunstâncias administrativas, comerciais e análise de viabilidade. Nesse caso, o percentual definido pela **CONTRATADA** é que será divulgado no seu portal na internet e servirá para aplicação em todos os contratos do respectivo sub-agrupamento.



11.10.4 Na falta do índice que compõe o reajuste, deverá ser considerado o índice oficial que vier a substituí-lo.

11.11 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

11.11.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice previsto nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade estabelecida nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS** em relação ao aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$\text{RT} = S/\text{Sm} - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade de estabelecida nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**.

11.11.2 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA**, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a **CONTRATANTE**.

11.11.3 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXA ETÁRIA

12.1 As mensalidades foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, observada a tabela de custo estabelecida nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**.

12.2 Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, em novo plano destinado exclusivamente a esta categoria, serão os valores previstos na tabela de preços estabelecida para aquele plano, apresentada em anexo a este instrumento, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto à **CONTRATANTE**.

12.3 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

12.4 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

12.5 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderão ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

12.6 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 DO DEMITIDO

13.1.1 A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da Lei nº 9.656/1998).**

13.1.1.1 O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **CONTRATANTE** sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

13.1.1.2 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.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da Lei 9.656/1998).**



13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 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.

13.2.1.3 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.3.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se exclusivamente a categoria de Beneficiários Titulares Ativos, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado em outro plano privado de assistência à saúde da CONTRATADA destinado exclusivamente aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, **desde que em algum momento tenha contribuído para o PLANO. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.**

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar **inscrito quando da vigência do contrato de trabalho**, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

13.3.4 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à operadora ou à CONTRATANTE, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:



- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

13.3.7 É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pela CONTRATANTE, 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.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
- d) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA.

14.1.1 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.1.2 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

14.2 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente.

14.3 O Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.4 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

14.5 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

14.6 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO.

14.7 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;



- b) Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;
- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da CONTRATANTE;
- e) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

15.2 Na hipótese de redução do número de Beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

15.3 Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento.

15.4 Após o término do prazo mínimo de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente ao especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.8 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.9 É responsabilidade da CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.10 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela CONTRATANTE, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela CONTRATADA, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a CONTRATADA possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;



- c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** 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 **CONTRATADA** e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a **CONTRATADA** não optará pelo fornecimento do Agravo;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e



duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;

- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;
- l) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;
- m) **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- n) **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;
- o) **MÉDICO ASSISTENTE:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;
- p) **MPS:** Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao **BENEFICIÁRIO** os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do **CONTRATO** por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;
- q) **GLC:** Documento instituído pela ANS, destinado a informar ao **BENEFICIÁRIO** os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do **CONTRATO** por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes estabelecendo assim um Guia de Leitura Contratual - GLC;
- r) **SUMÁRIO:** Folha capa do **CONTRATO**, onde são sumarizados e localizados as **CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS** e os **TEMAS CONTRATUAIS** e que, serve ainda ao MPS e ao GLC, pois referencia e mostra a página do **CONTRATO** onde estão os tópicos mais relevantes destes documentos;
- s) **Formulário de AUTORIZAÇÃO DE CADASTRO:** Documento que estabelece obrigações da **CONTRATANTE** com a **CONTRATADA**, no momento da autorização do cadastro dos **BENEFICIÁRIOS** e que será obrigatoriamente exigido pela **CONTRATADA** durante toda a vigência do **CONTRATO**;
- t) **FEB - FORMULÁRIO PARA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS:** anexado a este instrumento, que deve ser obrigatoriamente preenchido pela **CONTRATANTE**, para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do **PLANO**.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A **CONTRATADA** fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição



dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a **CONTRATADA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

16.4 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente instrumento. Nos casos em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.

16.5 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do Contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

16.6 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da **CONTRATADA**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

16.7 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar o fato à **CONTRATADA**, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela **CONTRATADA**.

16.8 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela **CONTRATADA**, conforme valor de Taxa de Implantação vigente à época.

16.9 A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.

16.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**.

16.11 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.12 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.13 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.14 A **CONTRATADA** não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela **CONTRATADA**.

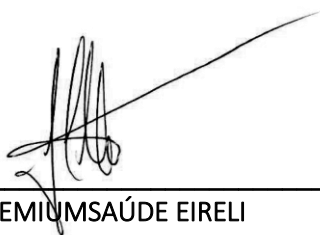
16.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se, quando for o caso: Proposta de Adesão, Declaração de



Saúde, Tabela de Reembolso, Guia Rede Premium Saúde, GLC, MPS, FEB, SUMÁRIO e Formulário de AUTORIZAÇÃO DE CADASTRO.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do **CONTRATANTE**, para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.



PREMIUMSAÚDE EIRELI
CONTRATADA

CONTRATANTE

