SAÚDE ASSIM

AMBULATORIAL

SEM COPARTICIPAÇÃO

CONDIÇÕES GERAIS

Coletivo Empresarial

AMBULATORIAL ASSIM
COLETIVO EMPRESARIAL

2ª edição – 10/2017

ANS - nº 309222

ÍNDICE

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO 7
2. TIPO DE CONTRATAÇÃO 7
3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS 7
4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE 7
5. ÁREA DE ATUAÇÃO 7
6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE 8
7. FORMAÇÃO DE PREÇO 8
8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 8
9. MUDANÇA DE PLANO 11
10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 11
11. EXCLUSÕES DE COBERTURA 13
12. DURAÇÃO DO CONTRATO 15
13. PRAZOS DE CARÊNCIA 15
14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 16
15. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 19
16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO 20
17. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 25
18. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA 27
19. REAJUSTE 28
20. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS 30
21. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 32
22. RESCISÃO 33
23. DISPOSIÇÕES GERAIS 34
24. ELEIÇÃO DE FORO 35
25. GLOSSÁRIO 35

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado, como **Contratado**, o **Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.**, também conhecido como **ASSIM Saúde**, operadora de planos de assistência à saúde, classificada como sociedade de medicina de grupo e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 309222, com sede na Rua da Lapa, 40, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20021-180, e inscrita no CNPJ sob o nº 31.925.548/0001-76; e, de outro lado, como **Contratante**, a pessoa identificada na proposta de adesão assinada pelas partes e que integra este instrumento contratual e em que constam nome, CPF, endereço e telefone, têm justa e acordada a prestação de assistência médica e hospitalar, na forma das cláusulas e condições a seguir:

1. ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato coletivo de cobertura de custos ambulatoriais tem característica bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes. É um contrato de adesão, estabelecido na forma do art. 54 do Código de Defesa do Consumidor e dos **artigos 458 a 461 do Código Civil**, aleatório e não comutativo, em que a Estipulante assume o pagamento da mensalidade pela mera celebração do contrato.

1.2. O **Contratado**, na forma do inciso I, do art. 1º da Lei nº 9.656/1998, compromete-se, nos limites do plano de saúde coletivo contratado, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na época do evento, para tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) da Organização Mundial da Saúde, por meio da rede credenciada do plano de saúde contratado, **observada a abrangência geográfica.**

1.3. Este contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação setorial vigente, bem como, subsidiariamente, ao Código de Defesa do Consumidor e ao Código Civil.

2. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Produto Coletivo Empresarial de Assistência à Saúde Suplementar

3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS

Ambulatorial ASSIM – nº 475.525/16-1

4. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial do produto de saúde ora contratado, em conformidade com a legislação em vigor é ambulatorial.

5. ÁREA DE ATUAÇÃO

A área de comercialização deste contrato é somente aquela onde o Contratado garante atendimento aos Beneficiários, ou seja, o grupo de municípios da área de abrangência do produto de saúde.

6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

6.1. Abrangência geográfica do plano de saúde contratado é grupo de municípios, o que garante atendimento aos Beneficiários nos municípios de : Duque de Caxias, Niterói, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro.

6.2. As coberturas previstas neste contrato serão efetuadas, única e exclusivamente, por meio da rede credenciada constante no Guia do Usuário entregue com este contrato e disponível no endereço eletrônico: www.assim.com.br

6.3. O Guia do Usuário conterá a lista dos prestadores credenciados (médicos, clínicas, serviços especializados e laboratórios), serviços e especialidades, em conformidade com a área de abrangência geográfica do plano de saúde.

7. FORMAÇÃO DE PREÇO

7.1. A formação do preço do presente contrato é preestabelecida, isto é, a contraprestação pecuniária é calculada, pelo Contratado, antes da utilização das coberturas contratadas e com fundamento nas declarações prestadas pela Estipulante na Proposta de Adesão.

7.2. O preço per capita, que é pago pela Estipulante, corresponderá ao valor referente à faixa etária e ao plano que cada Beneficiário se enquadrar no momento da contratação, podendo também ser apresentado por preço único.

8. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1. Poderão ser incluídos com Beneficiários as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo com a Estipulante, todos comprovados em documento oficial:

a) População delimitada e vinculada a Estipulante por relação empregatícia ou estatutária;
b) Sócios e/ou administradores da Estipulante.

8.2. Este produto e destinado também aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que tenham sido contributários enquanto vinculados a Estipulante, na forma prevista na cláusula 20.2 destas condições gerais.

8.3. Caso a Estipulante inclua Beneficiários sem os vínculos previstos neste contrato, o Contratado reserva-se ao direito de, a qualquer tempo, cobrar da Estipulante eventuais valores e penalidades que o Contratado seja submetido despender em função deste descumprimento.

8.4. A Estipulante assumira a responsabilidade pelas informações prestadas no documento com informação dos Dados Cadastrais do Grupo Beneficiado, ciente do que dispõe o art. 422 da Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), transcrito a seguir:

> "Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé".

8.5. A Proposta de adesão preenchida pela Estipulante contemplará todos os componentes do Grupo Beneficiado, admitida a inclusão de Beneficiários Dependentes com o consequente pagamento da respectiva mensalidade, desde que observados os prazos previstos neste contrato.

8.6. Serão considerados Dependentes dos Beneficiários Titulares as seguintes pessoas físicas efetivamente incluídas neste contrato pela Estipulante:

a) Cônjuge ou companheiro(a), este desde que comprovada a união estável mediante documentos;
b) Filhos naturais e/ou adotivos, os reconhecidos judicialmente ou extrajudicial da paternidade pelo Beneficiário, enteados, sob tutela ou sob guarda, provisória ou permanente, todos menores de 24 (vinte e quatro) anos.

8.7. A adesão dos Beneficiários Dependentes no presente contrato dependerá da participação no plano de saúde do respectivo Beneficiário Titular.

8.8. A solicitação de inclusão como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada para o cônjuge e/ou companheiro de Certidão de Casamento e ou comprovante de união estável e para o(s) filho(s) natural(is), adotivo(s), os reconhecidos judicial ou extrajudicialmente, e os tutelados ou sob guarda Certidão de Nascimento e da cópia autenticada do reconhecimento judicial ou extrajudicial ou Termo de Adoção ou Termo de Tutela ou Termo de Guarda, conforme o caso. A solicitação de inclusão de enteado como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de Certidão de Nascimento que comprove a filiação de um dos cônjuges ou companheiros e documentos comprobatórios de dependência econômico-financeira.

8.8.1 A extinção da adoção guarda ou tutela confere ao Contratado o direito de excluir o Beneficiário Dependente do plano contratado.

8.9. A solicitação de inclusão de companheiro (a) como Beneficiário Dependente deverá ser acompanhada de comprovação da união estável, que se dará por meio de instrumento público ou de declaração de união estável de próprio punho, contendo os números da identidade e do CPF do (a) companheiro (a), endereço, tempo de convívio, números de identidade e assinaturas de duas testemunhas, com firma reconhecida do Beneficiário Titular e do (a) companheiro (a).

8.10. O Beneficiário integrará o presente contrato tão logo se verifique por parte do Contratado o correto preenchimento da Ficha Cadastral e Declaração de Saúde (quando for obrigatório seu preenchimento), além do encaminhamento de toda documentação inclusive a de seus Dependentes, devendo ser respeitados os prazos para inclusão de Beneficiários previstos nestas Condições Gerais.

8.10.1. A Estipulante e ao Beneficiário é atribuído o ônus pela veracidade e correção de todas as declarações que vierem a fazer para inclusão de Beneficiários, inclusive preenchimento da Ficha Cadastral e da Declaração de Saúde, bem como apresentação de todos os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas e exigidas neste contrato.

8.11. Os Dependentes somente poderão ser cadastrados no mesmo plano do Beneficiário Titular.

8.12. Poderão ser incluídos Beneficiários Dependentes posteriormente a celebração deste contrato, desde que solicitado pela Estipulante, observados os critérios de elegibilidade e o cumprimento dos prazos de carência previstos neste contrato.

8.12.1. Filhos recém-nascidos* naturais ou adotivos, ou recém-nascidos* sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 dias, contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela, conforme o caso, e o Beneficiário Titular já tiver cumprido 180 dias de carência (se ao mesmo tiverem sido imputados prazos carenciais, na forma da cláusula 13.4 deste contrato), serão incluídos no contrato isentos de carências e Cobertura Parcial Temporária. Caso o Beneficiário Titular não tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias (se ao mesmo tiverem sido imputados prazos carenciais, na forma da cláusula 13.4 deste contrato), a inclusão do Dependente será realizada aproveitando as carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular.

> ** Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde: "art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida".*

8.12.2. Filho(s) menor (es) de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inclusão ocorra em até 30 dias do reconhecimento, serão incluídos aproveitando as carências já cumpridas pelo Beneficiário Titular e isentos de Cobertura Parcial Temporária (se ao mesmo tiverem sido imputados prazos carenciais, na forma da cláusula 13.4 deste contrato).

8.12.3. Menor(es) de 12 (doze) anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, desde que incluído(s) no contrato em até 30 (trinta) dias contados da adoção, guarda ou tutela, serão incluídos aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular e isentos de Cobertura Parcial Temporária (se ao mesmo tiverem sido imputados prazos carenciais, na forma da cláusula 13.4 deste contrato).

8.12.4. Para os produtos coletivos empresariais até 29 (vinte e nove) beneficiários, o grupo Beneficiário Incial deverá ser constituído por no mínimo 2 (dois) e no máximo 29 (vinte e nove) Beneficiários, número este necessáreio para a manutenção do contrato.

8.12.5. Nos produtos coletivos empresariais a partir de 30 (trinta) Beneficiários, o grupo Beneficiado inicial, deverá ser constituído por no mínimo, 30 (trinta) Beneficiários, número este necessário para a manutenção do contrato.

8.13. Caso o Grupo Beneficiado seja composto por 30 (trinta) Beneficiários ou mais e a solicitação de inclusão de determinado Beneficiário Titular seja formalizada após os 30 (trinta) dias da constituição do vínculo com a Estipulante, ou caso o Grupo Beneficiado seja composto por menos de 30 (trinta) Beneficiários, ou, ainda, em casos de inclusão de Beneficiários Dependentes (recém-nascidos naturais ou adotivos, sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, Filho(s) menor(es) de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, menor(es) de 12 (doze) anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular após o prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhes der causa (contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela; reconhecimento judicial ou extrajudicial – conforme previsto na cláusula 8.12.1 a 8.12.3 deste contrato), independente da composição do Grupo Beneficiado, serão imputadas as carências previstas na cláusula 14.4 e poderão cumprir Cobertura Parcial Temporária, devendo para tanto, preencher a Ficha Cadastral Coletivo Empresarial contendo a(s) Declaração (os) de Saúde, elaborada(s) pelo Contratado, sendo facultado-lhe o auxílio de um médico orientador da Rede Referenciada, ou por outro de sua preferência, assumindo o Beneficiário, nesta hipótese, o ônus da entrevista. O preenchimento da(s) Declaração (ões) de Saúde tem (têm) por objetivo a

indicação, por parte do Beneficiário Titular, da(s) doença(s) e/ou lesão (ões) preexistente(s) sobre a(s) qual (is) tenha prévio conhecimento, tanto em relação à sua própria condição de saúde, quanto à de todos os Dependentes integrantes na Ficha Cadastral Coletivo Empresarial.

8.14. Nenhuma inclusão ou exclusão de Dependentes no presente contrato terá efeito se não for realizada por meio de declaração do Beneficiário Titular, formalizada expressamente pela Estipulante.

8.15. As movimentações cadastrais (inclusões, exclusões ou alterações) serão de responsabilidade da Estipulante e deverão ser solicitadas e entregues ao Contratado em até 30 dias antes do vencimento de sua fatura. As movimentações recebidas após esse prazo só serão contempladas na fatura do mês posterior.

9. MUDANÇA DE PLANO

9.1. O Contratado admitirá, desde que solicitado pela Estipulante, a transferência do Beneficiário Titular juntamente com seus respectivos dependentes, para outros planos contratados pela Estipulante, de acordo com as regras abaixo.

9.1.1 Transferência, no aniversário do contrato, de plano de rede menos abrangente para outro plano contratado com rede mais abrangente.

9.1.2. A Estipulante deverá formalizar o pedido de transferência até 30 (trinta) dias antes do aniversário do contrato.

9.1.3. Os Beneficiários Dependentes sempre acompanharão o plano do Beneficiário Titular.

9.1.4. A mudança do plano alterará o valor da mensalidade, cujo valor será informado à Estipulante na ocasião em que for solicitada a alteração, e requererá a observância pelos Beneficiários dos prazos carenciais previstos nestas condições gerais para utilização da nova rede e/ou novo padrão de acomodação contratados.

9.1.5. Durante o prazo estabelecido no item anterior, os Beneficiários continuarão a dispor das mesmas condições e benefícios do plano originário, ou seja, daqueles garantidos antes da alteração do plano.

9.1.6. A majoração estabelecida no item 9.1.4. ocorrerá no vencimento da fatura subsequente à solicitação da mudança ao Contratado, desde que ocorra no período de movimentação cadastral.

10. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

10.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões estabelecidas nestas Condições Gerais, este Contrato assegurará ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes a cobertura das despesas ambulatoriais, exames complementares e serviços auxiliares, relacionadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, editado pela ANS, e suas atualizações, bem como as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

10.2. A cobertura dos procedimentos listados na cláusula 10.1 ocorrerá, única e exclusivamente, na rede credenciada constante no Guia do Usuário, na área de abrangência do plano contratado e nos limites e condições ora pactuados.

10.3. As coberturas **AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA** a que o **Contratado** se obriga são as seguintes:

a) Consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, realizadas, única e exclusivamente, na rede credenciada constante no Guia do Usuário;
b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados por médico assistente e/ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não caracterize como internação.
c) Consultas e sessões com nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e de acupuntura, de acordo com o número de e sessões estabelecidas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, e respectivas Diretrizes de Utilização;
d) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
e) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por médico fisiatra como por fisioterapeuta;
f) Ações de planejamento familiar listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
g) Implante de DIU – Dispositivo Intrauterino convencional não hormonal e hormonal para apenas contracepção (inclui o dispositivo);
h) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:
    - Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
    - Quimioterapia oncológica ambulatorial, baseada na administração de medicamentos para o tratamento do câncer não experimentais, inclusive medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, 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 de estabelecimentos de saúde e em conformidade com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
    - Medicamentos para terapia antineoplásica oral 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, respeitando preferencialmente as características e as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
    - Procedimentos de radioterapia ambulatorial listados no Anexo I da Resolução Normativa – RN Nº 387, 28/10/2015, para segmentação ambulatorial e sua atualizações;
    - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que necessitem 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 segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa – RN nº 387, 28/10/2015 e suas atualizações;
    - Hemoterapia ambulatorial;
    - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações.

10.4. Honorários Médicos
10.4.1. Para efeito deste contrato, serão consideradas despesas com honorários médicos quaisquer procedimentos clínicos, diagnósticos ou terapêuticos ambulatoriais realizados em conformidade com o tratamento médico.

10.5. Transtornos Psiquiátricos
A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

10.5.1. Cobertura ambulatorial garantirá:
a) Atendimento às emergências, assim consideradas as que impliquem ao Beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos morais ou patrimoniais importantes;
b) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente;
c) Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA
Estão expressamente excluídas das coberturas deste contrato, conforme disposto na Lei nº 9.656/98, mesmo que em razão de acidente pessoal, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados. Esta cláusula prevalece sobre as demais.
a) Internações hospitalares para quaisquer fins;
b) Internações, procedimentos, exames ou quaisquer tratamentos realizados fora da área de abrangência geográfica prevista neste contrato;
c) Procedimentos ambulatoriais para os quais o Beneficiário e seus Dependentes ainda estejam em período de carência, ressalvados os casos de urgência e emergência, nos termos do disposto nestas Condições Gerais;
d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, ou ainda procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não relacionados no Rol de Procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. São considerados tratamentos experimentais aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados, não regularizados no país. São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso offlabel);
e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses, órteses e seus acessórios para o mesmo fim;
f) Cirurgias plásticas em geral, para fins estéticos;
g) Aparelhos estéticos, órteses, próteses e seus acessórios e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação não ligados ao ato cirúrgico, inclusive os não nacionalizados;
h) Tratamentos ou procedimentos relacionados à inseminação artificial;
i) Tratamento de rejuvenescimento e/ou de emagrecimento com finalidade estética;
j) Tratamentos em spa, mesmo que para tratamentos de obesidade mórbida;

k) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e climáticas, clínicas para acolhimento de idosos ou clínicas de repouso, especialmente em casos de geriatria, e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, mesmo que por indicação médica;
l) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados e sem aprovação ou regulamentação pela ANVISA;
m) Consultas domiciliares, inclusive em sistema de home care;
n) Consultas e atendimento pré-hospitalar domiciliares, orientação e aconselhamento médico por telefone;
o) Serviços de internação domiciliar, em que os cuidados médicos e de enfermagem sejam prestados no domicílio do paciente; enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, inclusive em sistema de home care;
p) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo à unidade de saúde, exceto os medicamentos antineoplásicos orais, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
q) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) do Ministério da Saúde;
r) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados ou não reconhecidos por órgão governamental competente, aparelhos estéticos e complementares de função, como, mas não exclusivamente, óculos, aparelhos para surdez, aparelhos ortopédicos, imobilizadores removíveis e similares;
s) Confecção, compra, consertos, ajustes ou aluguel de aparelhos ortopédicos em geral, colchões, cadeiras de roda, óculos, lentes oculares ou aparelhos para surdez;
t) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou não relacionados no Rol de Procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
u) Atendimento em casos de cataclismos, guerras ou comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
v) Transplantes de órgãos;
w) Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes;
x) Vacinas;
y) Atendimentos e exames relacionados à medicina do trabalho, inclusive admissionais, demissionais, periódicos e de retorno à função;
z) Despesas com aquisição ou aluguel de equipamentos ou aparelhos hospitalares ou similares, inclusive em sistema de home care;
aa) Fornecimento de quimioterápicos orais não nacionalizados e não reconhecidos pelo órgão governamental competente (ANVISA) e não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações;
ab) Remoções por via área, marítima e fluvial,
ac) Tratamento odontológico de qualquer natureza, mesmo que decorrente de acidente pessoal;
ad) Honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais;
ae) Internação em caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico referenciado, para complemento do tratamento em razão de carência de apoio social, econômico ou familiar;

af) Internação com finalidade diagnóstica cujo quadro clínico não a justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial sem prejuízo para o Beneficiário;
ag) Outros procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.

12. DURAÇÃO DO CONTRATO

12.1 No caso de Grupo Beneficiado de 2 (dois) a 99 (noventa e nove) Beneficiários, o início de vigência do contrato será sempre 15 dias após a assinatura do Contrato e Proposta Comercial Coletivo Empresarial, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento ao Contratado ou, alternativamente, em caso de não aceitação do contrato, o Contratado providencie a devolução do valor da primeira mensalidade a Estipulante.

12.2. No caso de Grupo Beneficiado acima de 100 (cem) Beneficiários ou mais, o início de vigência do contrato será aquele acordado entre as partes no Contrato e Proposta Comercial Coletivo Empresarial, desde que até esse momento não seja feito qualquer pagamento ao Contratado ou, alternativamente, em caso de não aceitação do contrato, o Contratado providencie a devolução do valor da primeira mensalidade a Estipulante.

12.3. Após 12 (doze) meses de vigência do presente contrato, este será renovado automaticamente e passará a vigorar por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

13. PRAZOS DE CARÊNCIA

Carência é o período de tempo corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência, durante o qual o Benefeiciário Titular e/ou Dependentes não gozam do direito a determinadas coberturas e procedimentos.

13.1. Nos planos com menos de 30 (trinta) beneficiários, serão observados os prazos de carência previstos no item 13.4, contados do início da vigência contratual, para Beneficiários, incluídos nessa ocasião, ou a partir do ingresso de cada Beneficiário, para inclusões futuras.

13.2. Nos planos a partir de 30 (trinta) Beneficiários, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que a Estipulante formalize o pedido de ingresso do Beneficiário em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a Estipulante. A não observância deste prazo acarretará a aplicação dos prazos de carências previstos no item 13.4.

13.3. Em casos de inclusão de Beneficiários Dependentes (recém-nascido naturais ou adotivos, sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, filho(s) menor(es) de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, menor(es) de 12 (doze) anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular) após o prazo de 30 (trinta) dias de fato que lhes der causa (contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela, reconhecimento judicial ou extrajudicial), independentemente da quantidade de beneficiários no contrato, serão imputadas as carências previstas no item 13.4.

13.4 Prazos de carência

Prazo de Carência	Exames Complementares	Serviços Auxiliares	Consultas Médicas
24 horas	Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98	Emergência e urgências conforme artigo 12, inciso V da Lei 9.656/98	–
30 Dias	–	–	Todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, exceto as previstas no item de 180 dias
180 Dias	Anatomopatologia e citopatologia, Angiografia, Densitometria óssea, Duplex Scan, Ecocardiografia, Eletroencefalograma, Endoscopias digestivas, ginecológica, respiratória e urológica, Exames com doppler , Exames genéticos, Exames oftalmológico, Exames otorrinolaringológico, Laparoscopia, Medicina nuclear, Neurofisiologia, Radiologia contrastada, Ressonância Magnética, Teste de função pulmonar, Tococardiografia, Tomografia computadorizada, Ultrassonografia em geral, Ultrassonografia obstétrica, Urodinâmica, Tomografia de coerência óptica em conformidade com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.	Fisioterapia, Sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e acupuntura. Termoterapia transpupilar a laser, laserterapia para tratamento da mucosite oral/orofaringe, Diálise, Hemoterapia, Quimioterapia e Radioterapia.	Consultas Psiquiátricas e Psicoterapia de crise.

14. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

14.1. Doença e lesão preexistente e aquela de que o Beneficiário ou seu responsável tenha conhecimento no momento da contratação ou adesão ao plano, tanto em relação a sua saúde quanto a de seus Dependentes. Fica assegurada ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes a cobertura das despesas de assistência ambulatorial referentes a doenças e lesões preexistentes a assinatura do contrato, nas seguintes condições:

14.2. No caso dos planos a partir de 30 (trinta) ou mais Beneficiários não poderá haver cláusula de Agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o Beneficiário formalize o pedido de inclusão em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a Estipulante.

14.2.1. No caso dos planos com menos de 30 (trinta) Beneficiários, haverá cláusula de Agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

14.2.3. Independentemente da quantidade de beneficiários, em casos de inclusão de Beneficiários Dependentes (recém-nascido naturais ou adotivos, sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular, Filho(s) menor (es) de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, menor (es) de 12 (doze) anos adotado(s), sob guarda ou tutela do Beneficiário Titular) após o prazo de 30 (trinta) dias do fato que lhes der causa (contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela; reconhecimento judicial ou extrajudicial – conforme previsto na clausula 8.12.2 a 8.12.3 deste contrato), haverá cláusula de Agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

14.3. Nos planos com menos de 30 (trinta) beneficiários, o Beneficiário deverá informar ao Contratado, em um formulário Declaração de Saúde, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, sua ou de seus Dependentes, sob pena de imputação de fraude, sujeito a suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

14.3.1. Nos planos a partir de 30 (trinta) beneficiários, somente será necessário o preenchimento da Declaração de Saúde, informando a condição sabida de doença ou lesão preexistente, sua ou de seus Dependentes, se a solicitação de inclusão de determinado beneficiário for formalizada após 30 dias da celebração do contrato ou do fato que der causa (admissão, nascimento, adoção, guarda ou tutela, reconhecimento judicial ou extrajudicial).

14.4. A Declaração de Saúde poderá ser preenchida mediante entrevista qualificada, realizada por médico do Contratado, de forma a apurar o conhecimento prévio das condições de saúde do Beneficiário Titular e seus Dependentes.

14.4.1. Nos casos em que for feita opção pela entrevista qualificada, o Beneficiário Titular e seus Dependentes, serão entrevistados por médico da rede de prestadores credenciados ou referenciados do Contratado, sem qualquer ônus. Caso opte por ser orientado por medico não pertencente a rede assistencial do Contratado, o Beneficiário Titular poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

14.4.2. A entrevista tem o objetivo principal de orientar o Beneficiário Titular sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, em que são declaradas as doenças ou lesões de que o Beneficiário Titular saiba por si e por seus dependentes serem portadores ou sofredores 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. O médico escolhido para a entrevista qualificada atuará como orientador e esclarecerá sobre o preenchimento do formulário, todas as questões pertinentes as principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências de sua omissão.

14.4.3. Na hipótese do Contratado realizar qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário Titular e/ou em seus Dependentes, com vistas a sua admissão no plano de saúde, este não poderá alegar omissão de informação de doença e/ou lesão preexistente.

14.4.4. Se o Contratado verificar, por perícia, na entrevista qualificada ou por declaração do Beneficiário, a existência de lesão ou doença preexistente de que o Beneficiário ou o Dependente saibam ser portadores na época da contratação do plano, oferecera ao Beneficiário a Cobertura Parcial Temporária ou, facultativamente, o agravo.

Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente as doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal. Os procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no *site* www.ans.gov.br.
Agravo: acréscimo no valor da mensalidade paga ao Contratado para que o Beneficiário e/ou seu(s) Dependentes tenham direito integral a cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com con-

dições negociadas entre o Contratado e o Beneficiário. O oferecimento de agravo pelo Contratado, como opção a cobertura parcial temporária, será facultativo.
Cobertura Parcial Temporária (CPT) e o Agravo para os Dependentes: Não será aplicado o Agravo ou a Cobertura Parcial Temporária para as doenças e/ou lesões preexistentes, nas inclusões de Beneficiários Dependentes (recém-nascido filho natural ou adotivo ou sob guarda ou sob tutela ou menor de 12 anos adotivo, sob guarda, sob tutela e cuja paternidade tenha sido reconhecida pelo Beneficiário), realizados em até 30 dias do fato que lhe der causa (nascimento, adoção, guarda, tutela ou reconhecimento de paternidade).

14.4.5. Caso o Beneficiário aceite a Cobertura Parcial Temporária, deverá declará-lo expressamente.

14.4.6. Caso seja aplicada a Cobertura Parcial Temporária, ocorrerá a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade e procedimentos relacionados exclusivamente com as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da vigência do contrato. Ao fim deste prazo a cobertura será integral.

14.4.7. Caso o Beneficiário opte pela incidência do agravo oferecido pelo Contratado, este apresentará Aditivo Contratual, no qual informará os valores envolvidos, ou o percentual aplicado sobre o valor da mensalidade, bem como o tempo de duração.

14.4.8. O Contratado poderá comprovar o conhecimento prévio do Beneficiário Titular e Dependentes sobre a existência de doença e lesão preexistente durante um período de 24 (vinte e quatro) meses. A omissão dessa informação pode caracterizar comportamento fraudulento. Para fins desta comprovação, o Contratado poderá utilizar qualquer documento legal, assumirá o ônus da prova, e comunicará imediatamente ao Beneficiário a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano.

14.4.9. Se for constatada a presença de doença ou lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano, o Beneficiário Titular será imediatamente avisado pelo Contratado. Neste momento, será oferecido pelo Contratado ao Beneficiário o agravo ou a aplicação de CPT pelo tempo restante, a partir do recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data do início de vigência do contrato. O Contratado poderá, ainda, solicitar a abertura de processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, caso identifique indício de fraude ou após recusa da CPT pelo Beneficiário.

14.4.10. Caso o Beneficiário ou seu Dependente não concorde com a alegação de doença ou lesão preexistente, deverá demonstrar sua discordância de forma expressa. Nesse caso, o Contratado deverá encaminhar a documentação pertinente a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para julgamento da alegação, conforme a RN n°. 162/2007 e suas atualizações.

14.4.11. Se for acolhida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a alegação do Contratado, o Beneficiário passara a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência ambulatorial prestada que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pelo Contratado. Assim também, o Beneficiário que foi parte no processo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, poderá ser excluído do contrato.

14.4.12. Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão/exclusão do beneficiário deste contrato, até o julgamento pela ANS e a publicação no Diário Oficial da União da decisão proferida pela Diretoria Colegiada da ANS.

15. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1. É obrigatória a cobertura ao atendimento nos casos de urgência e emergência, assim entendidos:
Emergência: casos que impliquem risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.
Urgência: casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, após 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

15.2. Na hipótese de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária pelo Beneficiário Titular e/ou pelo(s) Dependente(s), a cobertura do atendimento de urgência e emergência para as doenças e lesões preexistentes, se restringirá às 12 (doze) primeiras horas de atendimento.

15.3. Os casos configurados como urgência, ou seja, aqueles causados por evento resultante de acidente pessoal, estarão assegurados, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, e se houver necessidade de internação hospitalar, caracterizada pelo médico assistente, cessará para o contratado a responsabilidade financeira pelas despesas médicas e hospitalares que passará a ser do Contratante, sem que caiba ônus ao contratado.

15.4. Os casos configurados como urgência e/ou emergência decorrentes de complicações no processo gestacional, estarão assegurados após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, observados os prazos e condições a seguir:

- Caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, deverá ser garantido o atendimento de urgência, restrito as primeiras 12 (doze) horas. Persistindo a necessidade de internação ou havendo a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

15.5. O Contratado garantirá a remoção inter-hospitalar do Beneficiário, comprovadamente necessária, para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou caracterizada a necessidade de internação.

15.6. O contratado, na remoção inter-hospitalar, compromete-se disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, e sua responsabilidade sobre o paciente somente cessará quando efetuado o registro na unidade do SUS.

15.6.1. Se o Beneficiário ou seu responsável legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item 15.5 e 15.6, o Contratado estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

15.7. Caso o Beneficiário Titular e/ou seu(s) Dependente(s) não possam ser removidos por risco à vida, o Beneficiário Titular ou seu representante legal e o prestador do atendimento, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se o Contratado deste ônus, através de declaração expressa.

15.8. Nas situações de urgência ou emergência em que não for possível a utilização da rede credenciada constante no Guia do Usuário para consultas, exames e procedimentos de alta complexidade, será efetuado o reembolso das despesas realizadas pelo Beneficiário, observados os limites das obrigações contratuais.

15.9. Para a análise do reembolso previsto nos termos deste contrato e dentro da área de abrangência informada na cláusula 6.1, o pedido deverá ser acompanhado dos seguintes documentos:

- Comprovação da impossibilidade de utilização da rede própria ou credenciada informada no Guia do Usuário;
- Conta médica discriminada das despesas, incluindo a relação dos serviços executados, materiais gastos, medicamentos administrados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas da pessoa jurídica prestadora do atendimento;
- Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas, com seus números de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) e no CPF/MF, bem como a discriminação dos serviços realizados; e
- Relatório médico que informe o diagnóstico, o tratamento efetuado e as datas de início da terapia.

15.10. O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em até 30 (trinta) dias após a data da entrega da documentação completa nas agências de atendimento do Contratado, e poderá ser feito mediante:

- Crédito em conta-corrente, com a indicação do banco e do número da conta-corrente do favorecido, que deverá sempre ser o Beneficiário que sofreu o procedimento ou o Beneficiário Titular; ou
- Cheque emitido pelo Contratado e recebido em sua sede.

15.11. O reembolso deverá ser requerido em até, no máximo, 1 (um) ano, a contar do atendimento de urgência/emergência. Após o referido prazo, o Contratado não estará obrigado a reembolsar a despesa com o referido atendimento.

15.12. Não serão reembolsados os eventos que não constarem no Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.

15.13. Não serão passíveis de reembolso os procedimentos sem previsão de cobertura contratual, as depesas e serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de equipamentos, entre outros.

15.14. É vedada a transferência a terceiros, de crédito de reembolso relativo a despesas realizadas com assistência à saúde pelo Beneficiário Titular e/ou seus Dependente(s) vivos.

16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1. Identificação do Beneficiário

16.1.1. O Contratado fornecerá para cada Beneficiário um Cartão de Identificação que, acompanhado de um documento de identidade com foto, o habilitará a utilizar o plano de saúde.

16.1.2. Em caso de perda do Cartão de Identificação de qualquer Beneficiário, a Estipulante deverá solicitar emissão de segunda via, cujo custo lhe será cobrado na fatura de pagamento seguinte ao pedido.

16.1.3. A não comprovação da identificação por ocasião do atendimento impedirá que ele seja realizado, sem que caiba ao Contratado qualquer responsabilidade sobre o fato e suas consequências.

16.1.4. O Contratado se reserva o direito de instituir outros sistemas de identificação ou promover a troca periódica de documentos.

16.1.5. Será considerada fraude a utilização da assistência médica mediante o Cartão de Identificação do plano por pessoa que não seja o próprio Beneficiário.

16.1.6. Nos casos de exclusão de Beneficiários e de cancelamento deste contrato, é responsabilidade da Estipulante recolher e devolver ao Contratado as respectivas carteiras de identificação, bem como assumir inteiramente a responsabilidade perante o Contratado por sua utilização indevida, desde que comprovada sua culpa.

16.2. Documentação Contratual
16.2.1. São considerados como documentos do plano contratado este Contrato e a Proposta de Adesão, a Declaração de Saúde, o Cartão de Identificação de Beneficiário, o Guia do Usuário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, os termos aditivos e eventuais relatórios médicos, periciais ou não.

16.2.2. O Beneficiário Titular e seus Dependentes obrigam-se a fornecer ao Contratado todos os documentos exigidos para fazer prova de seus eventuais direitos e apresentar, quando solicitado:

- Identidade;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Certidão casamento ou outro documento que comprove seu estado civil, certidão de nascimento, termo de adoção, termo de guarda ou tutela, comprovação do reconhecimento judicial ou extrajudicial da paternidade, laudo de exames realizados, parecer médico e outros documentos que venham a ser solicitados.

16.3. Prioridades no Atendimento
Pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, gestantes, lactantes, lactentes e crianças com até 5 (cinco) anos serão privilegiadas na marcação de procedimentos em regime ambulatorial, com prioridade para casos de urgência ou emergência, conforme inciso II do artigo 18 da Lei nº 9.656/98, cabendo ao prestador do atendimento respeitar esse direito.

16.4. Autorização Prévia
16.4.1. São passíveis de autorização prévia os seguintes exames e procedimentos:

- Procedimentos solicitados por médico não credenciado
- Exames e procedimentos que exijam qualquer tipo de analgédico ou sedação em ambiente ambulatorial
- Litotripsia
- Provas e testes alérgicos
- Teste ergométrico

- Eletrocardiografia dinâmica
- Ecocardiografia
- Exames anatomopatológico e citapatológico
- Eletroencefalografia, neurofisiologia e eletromiografia
- Endoscopia diagnóstica ou terapêutica de trato digestivo, respiratório e geniturinário
- Fisioterapia
- Exames citogenéticos
- Transfusão sanguínea eletiva
- Pesquisa de HIV
- Dosagens hormonais
- Provas ventilatórias
- Quimioterapia ou radioterapia ambulatoriais
- Exames e tratamentos de medicina nuclear e por radioimunoensaio
- Radiodiagnóstico contrastado
- Ultrassonografia
- Densitometria óssea
- Tomografias computadorizadas
- Exames de ressonância nuclear magnética
- Exames de ecodoppler
- Exames e procedimentos oftalmológicos eletivos e ambulatoriais
- Exames e procedimentos otorrinolaringológicos eletivos e ambulatoriais
- Exames e procedimentos ginecológicos eletivos e ambulatoriais
- Hemodiálise ou diálise peritoneal ambulatoriais.

16.5.2. A autorização prévia será concedida ou decidida, conforme segmentação do plano e de acordo com os prazos máximos estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

16.5.2.1. Nos casos de urgência e emergência, a autorização prévia será concedida ou decidida em período inferior a 1 (um) dia útil.

16.5.2.2. Em casos de divergência médica, haverá formação de junta médica técnica, de acordo com o item 16.8.

16.5.3. As rotinas utilizadas e exigidas pelo Contratado, para a liberação do procedimento médico são as seguintes:

- Exames e procedimentos eletivos: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- RPG e Acupuntura: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente, diagnóstico médico e plano terapêutico.
- Transfusão sanguínea eletiva: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente, diagnóstico médico e laudo de hemograma.
- Biopsia: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente, diagnóstico médico e laudo de exame.
- Quimioterapia ou radioterapia ambulatorial: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente, laudo de histopatológico. Nos casos de radioterapia, será necessário também o plano terapêutico.
- Hemodiálise ou diálise peritoneal ambulatorial: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente, com diagnóstico médico e laudo de exame.

16.6. Rede de Atendimento
16.6.1. As coberturas ambulatoriais integrantes deste contrato serão realizados, pela rede de prestadores listada no Guia do Usuário do plano contratado.

16.6.2. O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva do Contratado, que o usará sempre com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento para os Beneficiários, em cumprimento do que determina o art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

16.6.3. As referidas comunicações das alterações e atualizações de rede serão efetuadas através do site do Contratado (www.assim.com.br), no link "REDE DE ATENDIMENTO" item "ATUALIZAÇÕES".

16.6.4. É direito dos Beneficiários ter acesso aos meios de divulgação da Rede Credenciada através dos seguintes canais de comunicação: Guia do Usuário, Portal da ASSIM Saúde – endereço eletrônico: www.assim.com.br, Teleatendimento e Agências de Atendimento (endereços informados no portal do Contratado).

16.7. Auditoria e Perícia Médicas
16.7.1. Os procedimentos de alta complexidade e cirúrgicos programados estão condicionados a perícia médica, nos locais indicados pelas agências de atendimento. Em casos de divergência médica, haverá formação de junta médica técnica, de acordo com o item 16.8.

16.7.2. O Contratado tem o direito e o dever de verificar o zelo dos profissionais, a qualidade e a eficácia dos serviços e atendimentos recebidos por eles e pelas unidades integrantes de sua rede credenciada.

16.7.3. Neste sentido, sempre que julgar atípico algum exame ou procedimento, o Contratado poderá solicitar ao Beneficiário o comparecimento a um perito médico para que seja submetido a perícia, com a finalidade de se verificar o acerto do diagnóstico médico, a correção do procedimento solicitado e o cabimento dessa cobertura, oportunidade que haverá formação de junta médica técnica. A atuação da auditoria médica, devidamente amparada pelas normas do Conselho Federal de Medicina – CFM e pelo Código de Ética Médica, não implicará autorização ou negação de cobertura.

16.7.4. O Contratado, por meio do serviço de auditoria médica, poderá pedir informações complementares ao médico assistente do Beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços e Procedimentos.

16.8. Divergências de Natureza Médica
16.8.1. Se houver discordância de natureza médica, inclusive quanto à utilização de órtese ou prótese, a solução do impasse será feita por junta médica constituída por 3 (três) médicos, um deles nomeado pelo Contratado, outro pelo Beneficiário e um terceiro escolhido de comum acordo pelas partes, na forma da RN 424 de 26 de junho de 2017 ou a que vier a ser editada posteriormente sobre a mesma matéria.

16.8.1.1. Se o profissional assistente mantiver sua indicação clínica, compete-lhe escolher um dos profissionais sugeridos pela operadora para formação da junta.

16.8.1.2.Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à operadora indicar imediatamente um profissional dentre os quatro sugeridos.

16.8.1.3. Os profissionais sugeridos pela operadora deverão ser, preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho.

16.8.2. É facultado às operadoras firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações, conforme previsto no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, ou currículo profissional.

16.8.3. Os honorários do terceiro (médico desempatador) ficarão a cargo do Contratado.

16.8.4. Não haverá realização de junta médica quando tratar de:

I) Urgência ou emergência;
II) Procedimentos ou eventos não previstos nem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nem nas presentes Condições Gerais;
III) Indicação de órteses, próteses e materiais especiais utilizados exclusivamente em procedimento não coberto pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto nos casos de procedimentos que sejam garantidos nas Condições Gerais, ainda que não previstos no Rol; ou
IV) Indicação de indicação de órteses, próteses e materiais especiais ou medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, ou para uso não constante no manual, instrução de uso ou bula (off label), exceto quando restar comprovado que pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha sido demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido, assim como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento pelo SUS dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

16.9. Gerenciamento de ações de saúde

As condições médicas a seguir terão cobertura para o atendimento, desde que em conformidade com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, se este for realizado na rede preferencial, disponibilizada no endereço eletrônico www.assim.com.br e no Guia do Usuário do plano selecionado para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento e Direcionamento, não havendo direito a cobertura para procedimento que não obedeçam a esta regra:

a) Tratamento de quimioterapia e radioterapia ambulatorial;
b) Inserção de DIU (Dispositivo Intrauterino), de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
c) Cirurgia oftalmológica refrativa, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
d) Acupuntura;
e) Terapia imunobiológica, de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

f) Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico de acordo com a Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
g) Terapia antineoplásica oral para tratamento do câncer, de acordo com as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
h) Acidente vascular cerebral e suas consequências;
i) Doenças renais crônicas e suas consequências;
j) Exames e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:

GRUPO DIAGNÓSTICO	CID
Doenças do aparelho cardiocirculatório	I 10 – I 52
Diabetes Mellitus	E 10 – E 14
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J 40 – J 47
Tratamento dialítico em insuficiência renal	N 17 – N 19
Doenças relacionadas ao HIV e às suas complicações	B 20 – B 24
Oncologia	C 00 – C 97 e D 00 – D 09
Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química	F00 – F99

16.9.1. O Contratado poderá excluir ou incluir outro mecanismo de regulação médica observando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações. As novas condições médicas eventualmente incluídas pelo Contratado estarão ou serão vinculadas aos programas especiais de atendimento.

16.9.2. As informações e/ou atualizações da rede credenciada, com as respectivas condições médicas, estarão disponíveis nos canais de comunicação: Guia do Usuário, Teleatendimento e Agências de Atendimento (endereços informados no portal do Contratado).

16.9.3. Os casos configurados como urgência e emergência, conforme definido na Cláusula 16 deste contrato, não estão sujeitos à utilização exclusiva da rede credenciada preferencial, podendo ser utilizada toda e qualquer rede credenciada constante do Guia do Usuário conforme especialidades indicadas, até que seja sanada a urgência/emergência.

16.10. Meios de Divulgação
O Beneficiário poderá optar em receber o Guia do Usuário do plano, com a rede dos prestadores de serviços, além de acessar o Portal da ASSIM Saúde – endereço eletrônico: www.assim.com.br para o mesmo fim ou para outras informações pertinentes aos procedimentos utilizados e a outros serviços.

17. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

17.1. Este contrato trata de plano de assistência à saúde no sistema de pagamento preestabelecido, em que o cálculo do valor da mensalidade é efetuado pelo Contratado antes da utilização das coberturas contratadas e conforme declarações da Estipulante constantes na Proposta de Adesão.

17.1.1 O preço per capita, que é pago pela Estipulante, corresponderá ao valor referente à faixa etária e ao plano que cada Beneficiário se enquadrar no momento da contratação, podendo também ser apresentado por preço único.

17.1.2. O cálculo do preço único para o plano contratado pela Estipulante se dará pela divisão total da soma dos valores devidos por cada Beneficiário, de acordo com sua faixa etária, apurado no item 18, pela quantidade total de Beneficiários.

17.1.3. Os preços, de acordo com o custo por faixa etária de todos os Beneficiários ativos e daqueles nas situações dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, observarão as tabelas constantes na Proposta de Adesão que integra este contrato, e neste momento, a Estipulante é responsável por apresentá-la a todos os seus Beneficiários.

17.1.4. As tabelas citadas no item anterior serão fornecidas pelo Contratado para consulta da Estipulante, mensalmente, por meio do documento de fatura, devendo a Estipulante mantê-la disponíveis com as devidas atualizações para consulta dos Beneficiários.

17.1.5. A cada inclusão de novo Beneficiário Titular, a Estipulante deverá apresentar a tabela de preços de faixa etária atualizada.

17.1.6. É permitido a Estipulante subsidiar o plano de saúde dos ex-empregados ou promover a participação dos empregados ativos em seus financiamentos. O valor correspondente deverá ser divulgado pela Estipulante aos Beneficiários Titulares.

17.1.7. A participação financeira parcial ou total da Estipulante no plano dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e dos aposentados, quando ocorrer, será estabelecida a critério da Estipulante, podendo variar conforme o nível do plano, os proventos do Beneficiário Titular, ou se outra forma. Os critérios deverão ser apresentados obrigatoriamente aos Beneficiários Titulares na contratação do plano e sempre que alterados.

17.2. O pagamento total das mensalidades será de responsabilidade da Estipulante, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

17.3. Fica estabelecido entre o Contratado e a Estipulante que o vencimento da mensalidade se dará a cada 30 (trinta) dias após a data do primeiro pagamento e as mensalidades serão cobradas por meio de fatura.

17.4. Depois de emitida a fatura/nota fiscal referente à cobrança mensal, os acertos decorrentes de qualquer alteração da quantidade de Beneficiários ou características do plano serão efetuados no faturamento do mês seguinte, sem que isso constitua motivo para atraso de pagamento.

17.5. A mensalidade será cobrada de forma integral, independentemente do dia em que o Beneficiário for incluído ou excluído.

17.6. Constatado o atraso na entrega do boleto de pagamento, não recebido até 48 (quarenta e oito) horas antes do respectivo vencimento, competirá à Estipulante contatar o Contratado e solicitar o encaminhamento de segunda via do documento, para pagamento dentro do prazo.

17.7. O não recebimento do boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga a Estipulante de efetuar seu pagamento no prazo de vencimento mensal, sob pena de arcar com os encargos previstos no contrato.

17.8. O pagamento antecipado das mensalidades não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carências e cobertura parcial temporária fixadas no contrato.

17.9. As mensalidades deste contrato poderão ser pagas por débito em conta corrente, desde que o Contratado tenha convênio com o banco da Estipulante.

17.10. O Beneficiário fica ciente de que o Contratado não possui cobradores domiciliares. Todos os pagamentos, à exceção do primeiro, serão sempre efetuados na rede bancária ou na sede do Contratado. Corretores e vendedores não estão autorizados a ajustar com os Beneficiários qualquer modificação nas condições deste contrato ou a receber valores que não sejam os relativos ao trabalho de intermediação da venda. Em caso de dúvida, contate imediatamente o setor de atendimento do Contratado, pelo Teleatendimento.

17.11. A falta de pagamento da mensalidade na data aprazada implicará para a Estipulante a aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou fração e multa de 2% (dois por cento), sobre o valor do débito. O atraso no pagamento da mensalidade pela Estipulante, ou pelo próprio beneficiários nas situações dos arts 30 e 31 da Lei 9.656/98, por um período superior a 5 (cinco) dias, implica na suspensão do direito do(s) Beneficiários Titulares e de seus Dependentes a qualquer hora.

17.11.2. É de exclusiva responsabilidade da Estipulante informar aos Beneficiários acerca da suspensão da cobertura decorrente da falta de pagamento.

17.12. Quando a data limite cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento da mensalidade poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

17.13. Fica resguardado o direito da Estipulante de uma vez identificado erro de cálculo no valor da mensalidade, notificar imediatamente o Contratado, a fim de que seja emitido novo boleto, com o demonstrativo da incorreção.

17.14. Ao Contratado é garantido o direito de cobrar em juízo, pela via executiva ou outra que preferir, o valor da mensalidade não paga pela Estipulante e/ou Beneficiário inativo, a contar da data do inadimplemento.

17.15. A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera a Estipulante e/ou Beneficiário Inativo do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

17.16. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

18. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

18.1 O valor da mensalidade inicial será diretamente proporcional à idade dos Beneficiários incluídos no contrato. Quando a mensalidade for cobrada por faixa etária, sempre que ocorrer, na idade do Beneficiário mudança na idade que justifique deslocamento para outra faixa etária, um novo valor de mensalidade será cobrado, a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de acordo com os percentuais de reajuste estabelecidos na tabela a seguir, que se acrescentarão ao valor da última mensalidade, observadas as condições previstas nos incisos I e II do art. 3º da RN nº 63.

Caso haja alteração de faixa etária de qualquer Beneficiário inscrito neste contrato, a mensalidade será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais de reajuste estabelecidos na tabela a seguir, que se acrescentarão ao valor da última mensalidade, observadas as condições previstas nos incisos I e II do art. 3º da RN nº 63/2003.

Faixa Etária (anos)	Reajuste (%)
Até 18	–
19 a 23	35,8%
24 a 28	10,0%
29 a 33	9,0%
34 a 38	1,5%
39 a 43	5,0%
44 a 48	41,7%
49 a 53	35,0%
54 a 58	20,0%
59 ou mais	50,6%

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

18.1.3. O valor unitário de cada faixa etária constará na proposta de contratação.

19. REAJUSTE

19.1. O contratado aplicará anualmente sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir, o Índice de Reajuste (IR) composto pelo Reajuste Técnico, Reajuste Financeiro e Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias, podendo a aplicação destes ocorrer de forma cumulativa ou não, conforme a seguir:

$$IR= [(1 + RF) \times (1 + RT) \times (1 + RINT)] - 1$$

Onde,

IR= Índice de Reajuste (em %)
RF= Reajuste Financeiro
RT= Reajuste Técnico (sinistralidade)
RINT= Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias

19.2. O Reajuste Financeiro terá por base a Variação dos Custos Médicos e Hospitalares – VCMH (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais, medicamentos, gases medicinais e demais despesas assistenciais) per capita, apurada no período de 24 (vinte e quatro) meses, comparando os 12 (doze) meses imediatamente anteriores, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

19.3. O Reajuste Técnico (por sinistralidade) visa a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e é calculado utilizando-se a seguinte fórmula:

$$RT= (\Sigma D/ \Sigma M / IE) -1$$

Onde,

RT= Reajuste Técnico (em %)

ΣD= Total de despesas (sinistro) apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

ΣM= Total de mensalidades de 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

IE= Índice de Equilíbrio de 65% para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários; 65% para os contratos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) beneficiários; 70% para os contratos com 100 (cem) ou mais beneficiários.

19.4. Caso a aplicação da fórmula acima resulte em valor igual ou inferior a zero, o valor da mensalidade do contrato não sofrerá alteração referente ao Reajuste Técnico.

19.5. O Reajuste por Impacto de Novas Tecnologias será aplicado sobre a mensalidade sempre que houver incorporação de nova cobertura ao contrato.

19.6. Do agrupamento dos contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiário para fins de cálculo e aplicação de reajuste

19.6.1. O Contratado**,** em observância à Resolução Normativa nº 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, realizará anualmente o agrupamento de todos os contratos coletivos, firmados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9656/98, que tenham até 29 (vinte e nove) beneficiários, para fins de cálculo e aplicação dos reajustes previstos nesta Cláusula.

19.6.2. Será considerado um Contrato Agregado ao Agrupamento aquele que possuir até 29 (vinte e nove) beneficiários na data de apuração do número de indivíduos a ele vinculados.

19.6.3. A apuração da quantidade de beneficiários do contrato, para fins de manutenção ou inclusão deste na condição de Contrato Agregado ao Agrupamento, será realizada anualmente, sendo no primeiro ano na data de assinatura do contrato e nos demais anos no último dia do mês do aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, independentemente de ocorrer posterior variação na quantidade de beneficiários após a data de apuração.

19.6.4. O Índice de Reajuste (IR) será único e idêntico para todos os Contratos Agregados ao Agrupamento independentemente do produto contratado, ressalvados os casos de desmembramento por segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia, quando será possível a aplicação de reajustes diversos de acordo com a segmentação contratada, dentro do mesmo contrato coletivo, e será calculado na forma do disposto acima.

19.6.5. Caso o contrato possua mais de 29 (vinte e nove) beneficiários na data da apuração da quantidade de indivíduos a ele vinculados (assinatura ou aniversário do contrato), este deixará de possuir a condição de Contrato Agregado ao Agrupamento.

19.7 Disposições diversas acerca dos reajustes

19.7.1. As disposições previstas nesta cláusula não alteram ou excluem as regras de reajuste por mudança de faixa etária, que se houver, seguirão o disposto contrato.

19.7.2. O Contratado reserva-se o direito de, anualmente, recalcular a mensalidade, sempre que a mensalidade média calculada com base na composição etária do Grupo Beneficiado, resultar em diferença superior a 5% (cinco por cento) na mensalidade média da implantação ou do último reajuste calculado com base neste item.

19.7.3. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato, sendo certo que não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo produto em um determinado contrato.

19.7.4. O contrato não poderá sofrer reajuste em periocidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária ou mudança na legislação em vigor.

19.7.5. Eventualmente ou por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as condições previstas neste contrato, incluindo as datas e/ou períodos de apuração para cálculo do Índice de Reajuste (IR) ou para verificação do número de Beneficiários poderão ser modificadas.

19.7.6. Os reajustes anteriormente mencionados quando aplicados sobre as mensalidades, serão divulgados e comunicados à Agência Nacional de Saúde – ANS, conforme legislação e normas vigentes.

19.7.7. O reajuste técnico será apurado no mês de aniversário do contrato, ou seja, a cada 12 (doze) meses, exceto no primeiro ano do contrato, em que a apuração não levará em consideração a receita e a despesa dos 3 (três) primeiros meses. As reavaliações subsequentes ao primeiro período serão realizados sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes ao último reajuste.

20. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS

20.1. A Estipulante deverá preencher a Proposta Adesão, anexando os documentos do Beneficiário que comprovem a participação societária ou vínculo com a Estipulante, nas formas empregatícia ou estatutária, bem como os documentos a seguir:

a) Contrato ou Estatuto Social devidamente registrado na Junta Comercial ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas;
b) Comprovante de Inscrição no CNPJ/MF;
c) Folha de registro dos funcionários incluídos no contrato, quando for o caso;
d) Relação atualizada de funcionários inscritos no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, acompanhada da última guia de recolhimento (GFIP) quitada.

20.2. De acordo com as declarações constantes da Proposta da Adesão, o Beneficiário Titular poderá ser;

Contributário: é o Beneficiário Titular que contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu produto privado de assistência à saúde oferecido pela Estipulante em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, à exceção dos valores relacionados a pagamentos vinculados à(aos) Beneficiário(s) Dependente(s) e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica, os quais não caracterizam em qualquer hipóteses a contributariedade; ou

Não Contributário: é o Beneficiário Titular que não contribui para custear parte ou integralidade da mensalidade de seu produto privado de assistência à saúde oferecido pela Esti-

pulante em decorrência de vínculo empregatício ou estatutário, recaindo o ônus do custeio totalmente sobre a Estipulante. Não se caracteriza em qualquer hipótese a contributariedade, os valores relacionados a pagamentos vinculados à (aos) Beneficiário(a) dependente(s) e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica.

20.3. A responsabilidade pelo recolhimento das contribuições e efetivo pagamento das mensalidades integrais ao Contratado, em qualquer dos critérios anteriores, é da Estipulante.

20.4. O direito de manutenção da condição de beneficiário é exclusivo aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa contributários e aposentados contributários. Os ex-empregados demitidos ou exonerados por justa causa Contributários ou não, os ex--empregados demitidos ou exonerados por justa causa não contributários ou não, os aposentados não contributários não fazem jus aos direitos especificados nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

20.4.1. Ao Beneficiário contributário, no caso de demissão ou exoneração sem justa causa do contrato de trabalho pela Estipulante e no caso de aposentadoria, é assegurada a manutenção de sua condição de Beneficiário no mesmo produto contratado pela Estipulante, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que;

a) Assuma o pagamento integral da mensalidade, correspondente ao seu custo por faixa etária;
b) Contrato celebrado entre a Estipulante e o Contratado esteja em vigor; e
c) Opte pela manutenção do aludido benefício no prazo máximo de 30(trinta) dias em resposta à comunicação da Estipulante, formalizada no ato da rescisão do contrato de trabalho.

20.4.2. Quando o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado optar pela sua manutenção na condição de Beneficiário Inativo, esta se dará no mesmo contrato celebrado com a Estipulante com a manutenção das condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador previstas no produto privado de assistência à saúde para os Beneficiários Ativos, inclusive no que se refere as negociações futuras que venham a ser firmadas entre Estipulante e o Contratado, em especial, no que tange a preço, faixa etária, fator moderador e outros.

20.4.3. Qualquer alteração na regra do parágrafo anterior poderá ocorrer desde que haja mútuo e expresso acordo entre a Estipulante e o Contratado, desde que não haja vedação legal.

20.4.4. O período de manutenção da condição de Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de sua permanência como Beneficiário contributário, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

20.4.5. Ao Beneficiário aposentado que tenha contribuído no mínimo, 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção, como Beneficiário Inativo, no contrato coletivo firmado pela Estipulante de forma vitalícia (enquanto o contrato estiver vigente).

20.4.6. Caso o Beneficiário aposentado tenha contribuído por período inferior a 10 (dez) anos será assegurado, ao se aposentar, o direito de se manter como Beneficiário Inativo, à razão de 1(um) ano para cada ano de contribuição.

20.4.7. O período de manutenção da condição de Beneficiário pelo ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é extensivo a todo o grupo familiar já inscrito quando da rescisão do contrato de trabalho, sendo certo que novas inclusões serão extensivas apenas ao novo cônjuge ou companheiro e/ou filhos.

20.4.7.1. Em caso de morte do Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado é assegurada a permanência aos Beneficiários Dependentes desde que já inscritos no contrato, pelo tempo remanescente a que faria jus o Beneficiário Titular Inativo.

20.5. Não serão praticados preços diferenciados para os Beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, salvo em função dos mesmos se enquadrarem em faixas etárias diferenciadas, ou ainda, em regiões geográficas distintas.

20.6. Os direitos assegurados nesta cláusula, conforme disposto no art. 26 da Resolução Normativa n°279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, deixarão de existir (i) pelo decurso dos prazos de manutenção do benefício previsto nas Condições Gerais e na Lei n°9.656/98; ou (ii) quando da admissão do Beneficiário Titular demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego. Ou ainda (iii) quando da rescisão do contrato entre a Estipulante e o Contratado, já que a vigência dos benefícios especificados nesta cláusula estará obrigatoriamente condicionada à vigência do contrato entre a Estipulante e o Contratado. Assim, caso o contrato seja encerrado, serão automaticamente cancelados os benefícios previstos nos art. 30 e 31 da lei n° 9.656/98.

20.7. Caso a Estipulante contrate produto de saúde junto a outra Operadora, deverá incluir um novo contrato todos os beneficiários que anteriormente figuravam no contrato firmado com o Contratado, inclusive os beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, uma vez que a concessão de tais benefícios é decorrente do vínculo empregatício ou estatutário e, portanto, de responsabilidade única e exclusiva da Estipulante.

21. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

21.1. A Estipulante será responsável por solicitar a exclusão ou suspensão de Beneficiários no contrato, nos seguintes casos:

a) Prática de fraude comprovada;
b) Morte;
c) Recusa de efetuar exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos do Grupo Beneficiado ou do Contratado;
d) Cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Estipulante;
e) Rescisão do contrato;
f) Quando o Dependente perder a condição de Beneficiário Dependente.

21.2. Quando da cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Estipulante, esta ao solicitar a exclusão do ex-empregado deverá fornecer ao Contratado as seguintes informações:

I. Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

II. Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é aposentado que continua trabalhando na Estipulante mesmo após a sua aposentadoria;
III. Se o beneficiário contribuía para o pagamento do produto privado de assistência à saúde;
IV. Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do produto privado de assistência à saúde;
V. Se o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

21.3.Tratando-se de exclusão de Beneficiário Contributário, decorrente de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, as informações dos itens "II" ao "V" deverão ser prestadas através de "DECLARAÇÃO EXPRESSA", inclusive quando o pedido de exclusão se der pelo canal web, ou qualquer outra forma de comunicação, sendo certo que citada declaração deverá seguir o mesmo formato do modelo disponibilizado pelo Contratado, a qual faz parte destas Condições Gerais, devendo a mesma ser arquivada pela Estipulante, pelo prazo de 5 (cinco) anos, e entregue ao Contratado sempre que solicitada.

21.4. A Estipulante deverá sempre que solicitado pelo Contratado, no prazo máximo e improrrogável de 48 (quarenta e oito) horas, fornecer todas as informações e documentos pertinentes, relativos às solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares e seus Dependente(s) do contrato.

21.5. A Estipulante assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades a que ao Contratado seja submetida, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas oire x-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos arts 30 e 31 da Lei 9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas pela Estipulante ao Contratado, da mesma forma pelo inadimplemento das obrigações especificas nestas Condições Gerais.

21.6. Ao Contratado poderá, em caso de fraude, excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, independente de anuência da Estipulante.

21.7. A Estipulante obriga-se à devolução de todas a documentação de identificação destinada ao uso do produto pertencente ao(s) Beneficiário(s) excluídos, ficando ao Contratado, desde já, autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido dessa documentação.

22. RESCISÃO

22.1. Após o período de 12 (doze) meses de vigência iniciais, o presente contrato poderá ser denunciado, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias e só será considerado válido se executado por carta com protocolo de entrega ou correspondência postal registrada. Não serão aceitos os pedidos de encerramento por quaisquer outros meios. Durante o prazo do aviso prévio aqui determinado, não será admitida qualquer movimentação cadastral.

22.2. Caso a Estipulante denuncie o contrato antes que ele complete o primeiro ano de vigência, pagará ao Contratado o valor equivalente à soma das mensalidades vincendas, toma-se como base o valor correspondente a média das 3(três) últimas mensalidades faturadas pelo Contratado em face a Estipulante, ou de todas as mensalidades faturadas

na hipótese do referido descumprimento ocorrer antes do 3º (terceiro) mês de vigência contratual.

22.3. O atraso no pagamento da mensalidade, pela Estipulante ou pelo próprio beneficiário nas situações dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, por um período superior a 5 (cinco) dias implica na suspensão do direito do(s) Bneficiário(s) Titular(es) e de seu(s) Dependente(s) a qualquer cobertura.

22.4. O pagamento de parcelas posteriores não quita débitos anteriores.

22.5. Sem prejuízo das penalidades legais, bem como do pagamento da multa pela Estipulante e razão do descumprimento do prazo mínimo de vigência contratual, o contrato será automaticamente rescindido, independente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios à parte infratora, nas seguintes situações:

- Prática de ilícito civil ou penal da Estipulante contra o Contratado;
- Omissão ou distorção de informações que caracterize fraude por parte da Estipulante contra o Contratado;
- Redução da quantidade mínima de Beneficiários exigido para manutenção contratual;
- Caso ocorra atraso de pagamento das mensalidades por um período de 30 (trinta) dias ou mais, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, sem prejuízo da quitação dos demais valores vencidos referentes às despesas ambulatoriais realizadas no período de inadimplência;
- Não aceitação pela Estipulante do índice de reajuste proposto pelo Contratado na data de aniversário do contrato, desde que esteja em conformidade com as regras contratadas.

22.6. Em caso de encerramento do presente contrato, o Beneficiário interessado em manter o benefício do plano de saúde, com aproveitamento do tempo de contribuição do plano coletivo empresarial, conforme previsto na CONSU nº 19, deverá requerer a contratação de plano na modalidade individual/familiar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do presente contrato.

22.7. Nos casos de exclusão de Beneficiários e de cancelamento deste contrato, é responsabilidade da Estipulante recolher e devolver ao Contratado as respectivas carteiras de identificação, bem como assumir inteiramente a responsabilidade perante o Contratado por sua utilização indevida, desde que comprovada sua culpa.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. Qualquer concessão praticada pelo Contratado no tocante às coberturas de assistência ambulatorial oferecidas pelo presente contrato não se constituirá em novação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo Beneficiário.

23.2. A Estipulante assumirá a responsabilidade por eventuais penalidades ou, ainda, pelo pagamento de sinistros a que o Contratado seja submetido ou obrigado a pagar, inclusive ressarcindo-a financeiramente, em razão de medidas judiciais e/ou demandas administrativas promovidas por Beneficiários ou Ex-Beneficiários pleiteando coberturas contratuais ou alegando prejuízos a direitos relativos as coberturas contratuais, em especial nos casos em que esses direitos contrariem as regras e regulamentos exarados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

23.3. São documentos do presente contrato: a proposta de adesão, seus anexos, os recibos, as declarações disponibilizadas no canal web, bem como as carteiras de identificação.

23.4. Não se admitirá a presunção de que as partes possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente das Condições Gerais do contrato ou de quaisquer outros documentos que dele sejam parte integrante e complementar.

23.5. A portabilidade especial de carências para produto de saúde individual ou familiar de outra operadora, ou para produto coletivo por adesão desta ou de outra operadora, deverá ser requerida pelo Beneficiário Titular ex-empregado demitido ou exonerado sem justa cauda ou aposentado no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente ou no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário.

23.5.1. Fica a Estipulante obrigada a comunicar ao Beneficiário Titular ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, com antecedência mínimo de 30 dias, a data inicial e final do período para requisição da portabilidade especial.

23.6. A Estipulante se compromete a distribuir o respectivo Manual de Orientação para Contratação de Produto de Saúde e o Guia de Leitura Contratual para os Beneficiários que forem incluídos no contrato.

23.7. As resoluções que, juntamente com a Lei 9.656/98, regulam e complementam este contrato são as expedidas pela Agências Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo Conselho Nacional de Saúde Complementar (CONSU), e podem ser obtidas no site www.ans.gov.br ou na Av. Augusto Severo, 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro, RJ.

23.8. O presente contrato obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

24. ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito, para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato, o foro do domicílio do Beneficiário e/ou Estipulante.

25. GLOSSÁRIO

As expressões e definições a seguir têm o objetivo de estabelecer o entendimento dos termos técnicos encontrados neste contrato:

Acidente Pessoal

É todo evento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, exclusiva e diretamente externo, súbito, 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

É o acréscimo financeiro no valor da contraprestação paga ao produto 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.

Aniversário
É a data do término do prazo de vigência do contrato ou de cada renovação deste.

Beneficiário Titular
Funcionário ou associado vinculado à Estipulante.

Beneficiário Dependente
Cônjuge ou Dependente direto do Beneficiário Titular, incluído na proposta de adesão.

Carência
E o período de tempo, corrido e ininterrupto contado da data de inclusão de cada beneficiário, em que o Beneficiário Titular e/ou seu Dependente não terá direito a determinadas coberturas e/ou procedimentos, independente de estar adimplente com a mensalidade do contrato.

Cirurgia Plástica Reparadora
Cirurgia efetuada para a reconstituição da função de algum órgão ou membro afetado.

Cirurgia Eletiva
É o procedimento cirúrgico constante do Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a ser realizado em data de escolha do Beneficiário ou de seu médico, desde que a referida data não comprometa a eficácia do tratamento.

Cobertura Assistencial
É a denominação dada ao conjunto de direitos organizado por segmentação a que o consumidor tem direito previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora.

Cobertura Parcial Temporária
É a suspensão por período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao produto privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário.

Condições Gerais
É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos, tanto para o Contratado, quanto para o Beneficiário.

Complicações na Gestação
Alterações patológicas durante a gestação, como gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes gestacional e abortamento.

Contrato
Documento que estabelece obrigações e direitos tanto do Contratado quanto do Beneficiário do plano de assistência à saúde.

Contratado
É o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda., que assume todos os riscos inerentes às coberturas de despesas ambulatoriais nos termos e limites destas Condições Gerais.

Coparticipação
É a participação na despesa assistencial a ser paga pela Estipulante diretamente à operadora após a realização de procedimento.

Doença
Evento mórbido, de causa não acidental, que requer assistência médica ou hospitalar.

Doença Aguda
Doença de surgimento súbito, passível de reversão com tratamento.

Doença Congênita
Doença com a qual o indivíduo nasce. Pode ser hereditária ou adquirida durante a vida intrauterina, com manifestação a qualquer tempo.

Doença Crônica
Doença de caráter mórbido irreversível, passível de crises de agudização.

Doença ou Lesão Preexistente
É aquela que o Beneficiário ou seu responsável legal saiba ser portador, na época da contratação de um plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Emergência:
É a alteração aguda do estado de saúde que implica risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

Emergência Psiquiátrica
Situação clínica ou cirúrgica em que há necessidade de atuação médica imediata, por implicar risco para a vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, assim caracterizada em declaração do médico assistente.

Entrevista Qualificada
É a entrevista na qual ocorre o preenchimento de um formulário de Declaração de Saúde, elaborado pelo Contratado, no qual o Beneficiário ou seu representante legal relaciona, se for o caso, toda(s) a(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) sobre a(s) qual(is) tenha prévio conhecimento, tanto em relação a ele próprio, quanto a todos os Dependentes integrantes da Proposta de Admissão. O Beneficiário ou seu representante legal poderá utilizar-se de um médico orientador da Rede Credenciada ou, ainda, de um médico de sua preferência, desde que, por este último, assuma o ônus da entrevista.

Evento
Conjunto de ocorrências e serviços de assistência médico-hospitalar que tenha por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença.

Evento Coberto
É o conjunto de ocorrências, identificadas após o início de vigência do contrato, que, por si só, implique na necessidade de utilização de um ou mais procedimentos previstos contratualmente, respeitados os devidos prazos de carência.

Internação Hospitalar
Atendimento que necessite de mais de 12 horas de permanência no hospital.

Internação Programada ou Eletiva
Internações não consideradas de urgência ou emergência.

Internação Psiquiátrica
Internação hospitalar ou em unidade clínica por transtornos psiquiátricos codificados pelo CID 10, em situação de risco de vida, danos físicos, morais e materiais importantes.

Internação Psiquiátrica por Dependência Química
Internação motivada por quadro de intoxicação ou abstinência provocado por substâncias químicas.

Início de Vigência
É a data acordada entre as partes para início do contrato.

Internação Hospitalar
De acordo com o Anexo 14 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, tendo como referência a RDC ANVISA nº50/2002, a internação hospitalar é a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Leito de Alta Tecnologia
É a acomodação destinada ao tratamento intensivo e especializado, em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva, Semi-intensiva, Coronariana, Pediátrica ou Neonatal, Unidades de Isolamento, Terapia Respiratória e Terapia de Pacientes Queimados.

Limitações de Cobertura
São as quantidades máximas de dias ou de serviços, previstos contratualmente, estipuladas em conformidade com os procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Médico Orientador
Profissional médico disponibilizado pelo Contratado ou escolhido pelo Beneficiário para auxiliar no preenchimento da Declaração de Saúde constante da Ficha Cadastral, na ocasião da Entrevista Qualificada.

Mensalidade
Pagamentos efetuados pela Estipulante para custeio de plano de saúde.

Parto a Termo
É aquele que ocorre entre a 38ª. (trigésima oitava) e a 42ª. (quadragésima segunda) semana de gestação.

Procedimento
Ato médico ou paramédico que tem por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde do Beneficiário.

Procedimento de Alta Complexidade
É aquele que requer estrutura hospitalar e serviços de alto grau de especialização, relacionado no Índice de Procedimentos de Alta Complexidade que compõe o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data da realização do evento.

Procedimento Estético
É todo procedimento clínico/cirúrgico que não vise à recuperação funcional de um órgão e/ou sistema.

Programas Especiais de Atendimento
São ações desenvolvidas pelo Contratado através de programas de indicação de profissionais especialistas ou estabelecimento de saúde (hospitais, clínicas ou laboratórios) preparados para o acompanhamento e tratamento de patologias.

Pronto Atendimento Hospitalar
Atendimento que se resolva em até 12 (doze) horas. Caso ultrapasse esse período, fica caracterizada uma internação hospitalar.

Proposta Contratual
Documento em que constam os dados cadastrais do Beneficiário e de seus Dependentes, que ele ou seu responsável legal assina com o compromisso de realizar a entrevista de declaração de saúde.

Rede Credenciada
É a rede de prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, destinados a atender os eventos cobertos por este contrato, na medida de suas especialidades, recebendo por tais serviços, diretamente do Contratado, em nome, e por conta e ordem dos serviços prestados ao(s) Beneficiário(s).

SADT
Serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento.

Segmentação Assistencial
É o tipo de cobertura contratada no produto de assistência à saúde.

Tabela de Serviços do Contratado
Tabela que relaciona todos os procedimentos médicos utilizados na assistência à saúde dos Beneficiários.

Urgência
É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

ANS - nº 309222

TELEATENDIMENTO: (21) 2102 9797 | SAC (24 HORAS) 0800 723 9797

ATENDIMENTO@ASSIM.COM.BR