SAÚDE ASSIM

SUPERIOR QP

SEM COPARTICIPAÇÃO

CONDIÇÕES GERAIS
Coletivo Empresarial

PLANO DE SAÚDE SUPERIOR
QP COLETIVO EMPRESARIAL

6ª edição – 08/2019

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. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO 8

8. FORMAÇÃO DE PREÇO 8

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 8

10. MUDANÇA DE PLANO 11

11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 12

12. EXCLUSÕES DE COBERTURA 16

13. DURAÇÃO DO CONTRATO 18

14 . PRAZOS DE CARÊNCIA 18

15. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES 20

16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 22

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO 25

18. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 30

19. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA 32

20. REAJUSTE 33

21. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS 35

22. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 37

23. RESCISÃO 38

24. DISPOSIÇÕES GERAIS 39

25. ELEIÇÃO DE FORO 40

26. GLOSSÁRIO 40

COBERTURAS OPCIONAIS 45

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR COLETIVO EMPRESARIAL SEM COPARTICIPAÇÃO

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 Av. Presidente Vargas, nº 914, Centro Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.071-001, 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 médicos e hospitalares tem característica bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes. É um contrato de adesão, estabelecido na forma do artigo 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 médico-hospitalares 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

Superior QP sem coparticipação – nº 475.457/16-3

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, hospitalar e obstétrica.

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 a seguir:
Angra dos Reis, Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes. Duque de Caxias, Itaboraí, Itaperuna, Macaé, Mesquita, Miguel Pereira, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Nova Friburgo, Queimados, Paracambi, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Petrópolis, Teresópolis, Três Rios, Vassouras e Volta Redonda.

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 de todos os prestadores credenciados (médicos, clínicas, laboratórios e hospitais), com os serviços e especialidades, em conformidade com a área de abrangência geográfica do plano de saúde.

7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de acomodação em internação é quarto particular.

8. FORMAÇÃO DE PREÇO

8.1. 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 constantes na Proposta Comercial Coletivo Empresarial.

8.2. 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.

9. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1. Poderão ser incluídos como Beneficiários as seguintes pessoas físicas que mantenham vínculo com a Estipulante, todos comprovados em documento oficial:
a) População delimitada e vinculada à Estipulante por relação empregatícia ou estatutária;
b) Sócios e/ou administradores da Estipulante.

9.2. Este produto é destinado também aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que tenham sido contributários enquanto vinculados à Estipulante, na forma prevista na cláusula 21.2 destas condições gerais.

9.3. 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.

9.4. A Estipulante assumirá 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."

9.5. A Proposta Comercial Coletivo Empresarial 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.

9.6. 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 23 (vinte e três) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

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

9.8. 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 os 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.

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

9.9. 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).

9.10. O Beneficiário integrará o presente contrato tão logo se verifique por parte do Contratado o correto preenchimento da Ficha Cadastral Coletivo Empresarial 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.

9.10.1. À 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 Proposta Comercial Coletivo Empresarial e Declaração de Saúde, bem como apresentação de todos os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas e exigidas neste contrato.

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

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

9.12.1. 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 14.4 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 14.4 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".*

9.12.2. 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 14.4 deste contrato).

9.12.3. 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 14.4 deste contrato).

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

9.12.5. 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.

9.13. 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 9.12.1 a 9.12.3 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 Credenciada, 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.

9.14. 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.

9.15. 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.

10. MUDANÇA DE PLANO

10.1. 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 seguintes regras:

10.1.1 Transferência, no aniversário do contrato, de plano de rede menos abrangente para outro plano contratado com rede mais abrangente, ou de padrão de acomodação quarto coletivo para outro plano desde que contratado de quarto particular.

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

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

10.1.4. 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.

10.1.5. 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.

10.1.6. A majoração estabelecida no item 10.1.4. ocorrerá no vencimento da fatura subsequente à solicitação da mudança ao Contratado, desde que ocorra no período de movimentação cadastral.

11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. 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, hospitalares e obstétricas, exames complementares e serviços auxiliares relacionados do 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.

11.2. A cobertura dos procedimentos listados na cláusula 11.1 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.

11.3. 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 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 ano, desde que indicados por médico assistente, que poderão ser realizados tanto 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 tratamento do câncer não experimentais, inclusive medicamentos para o contro-

le 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 428, 07/11/2017, para segmentação ambulatorial e suas atualizações;
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam 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 428, 07/11/2017 e suas atualizações;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;

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

a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, vedada limitação de prazo, valor máximo e quantidade, incluindo exames complementares indispensáveis para o controle da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
b) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar vedada limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
c) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
d) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
e) Remoção inter-hospitalar do paciente, comprovadamente necessária, inter-hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica previstos no contrato. Se o Beneficiário ou seu responsável legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, por ter seu atendimento em unidade hospitalar não constante no Guia do Usuário de seu plano, o Contratado estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção inter-hospitalar;
f) Despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou de 60 (sessenta) anos ou mais, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, exceto despesas extraordinárias (telefone, frigobar, despesas de toalete etc.);
g) Despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente, exceto despesas extraordinárias (telefone, frigobar, despesas de toalete etc.);
h) Cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado por seu conselho de classe, incluindo exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho

de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, ministrados durante o período de internação hospitalar;

i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar. Para fins do disposto neste item, o cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades clínicas próprias do paciente;

j) Procedimentos listados a seguir, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:
   - Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
   - Quimioterapia oncológica ambulatorial e medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, conforme as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
   - Procedimentos de radioterapia ambulatorial listados no Anexo I da Resolução Normativa – RN nº 428, 07/11/2017, para segmentações ambulatorial e hospitalar;
   - Hemoterapia;
   - Nutrição parenteral ou enteral;
   - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
   - Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
   - Radiologia intervencionista;
   - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
   - Procedimentos de reeducação e reabilitação física.

k) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, incluindo reconstrutiva da mama, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;

l) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário;

m) Cirurgia bariátrica (obesidade mórbida), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e suas respectivas diretrizes de utilização, vigente na época do evento e suas atualizações;

n) Laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, dentro das diretrizes previstas na lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e conforme as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;

o) Procedimentos obstétricos, inclusive relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério observado o disposto no Rol de Procedimentos vigente e suas atualizações;

p) Despesas com anestesiologista, caso haja indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

q) Transplantes de rins, córneas, autólogos e alogênico de medula óssea, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, bem como as despesas com os procedimentos necessários a realização do transplante, incluindo: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio (exceto as despesas com medicamentos de manutenção), despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. Nos casos de transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, o Beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

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

11.5.2. Fazem parte dos honorários médicos os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar médico e anestesista, quando os eventos os necessitarem.

11.6. Próteses e Órteses
11.6.1. Serão cobertas as despesas com aquisição de prótese e órteses ligadas ao ato cirúrgico.

11.6.2. Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais necessários à execução dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações.

11.6.3. O profissional requisitante deverá justificar clinicamente sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos, de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que atendam às características especificadas.

11.6.4. As despesas com aquisição de próteses ou órteses importadas, em substituição a nacionais, somente serão cobertas se estas forem consideradas nacionalizadas, ou seja, possuírem registro na ANVISA.

11.6.5. Os materiais de prótese e órtese de implantação em ato cirúrgico coberto só terão cobertura após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de carência, salvo na hipótese de urgência em virtude de acidente pessoal, em que a cobertura iniciará após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

11.7. Transtornos Psiquiátricos
A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

11.7.1. Cobertura ambulatorial garantirá:

a) Atendimento às emergências, assim consideradas as que impliquem ao Beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de 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.

11.7.2. Cobertura hospitalar garantirá:

a) 30(trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência de contrato, para portador de transtornos psiquiátricos, que necessite de hospitalização. Após este período, será aplicada a coparticipação, que é a participação financeira do Beneficiário quando da utilização dos referidos serviços de assistência. A coparticipação será aplicada no percentual de 40% (quarenta por cento) sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação;
b) Hospital-dia para transtornos mentais, a critério do médico assistente, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
c) Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto-inflingidas.

12. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas das coberturas deste contrato, conforme disposto na Lei nº 9.656/98, dentro ou fora da internação hospitalar, e mesmo que em razão de acidente pessoal, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados. Esta cláusula prevalece sobre as demais.

a) Internações, procedimentos, exames ou quaisquer tratamentos realizados fora da abrangência geográfica prevista neste contrato;
b) Procedimentos médico-hospitalares 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;
c) 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);
d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como próteses, órteses e seus acessórios para o mesmo fim;
e) Cirurgias plásticas em geral, para fins estéticos;
f) 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;
g) Tratamentos ou procedimentos relacionados à inseminação artificial;

h) Tratamento de rejuvenescimento e/ou de emagrecimento com finalidade estética;
i) Tratamentos em spa, mesmo que para tratamentos de obesidade mórbida;
j) 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;
k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados e sem aprovação ou regulamentação pela ANVISA;
l) Consultas domiciliares, inclusive em sistema de home care;
m) Consultas e atendimento pré-hospitalar domiciliares, orientação e aconselhamento médico por telefone;
n) 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*;
o) 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, exceto aqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
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 acompanhante para Beneficiários maiores de 18 (dezoito) e menores de 60 (sessenta) anos, exceto o estabelecido no item 11.4, alíneas "f" e "g" procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
aa) Despesas com aquisição ou aluguel de equipamentos ou aparelhos hospitalares ou similares, inclusive em sistema de home care;
ab) 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;

ac) Remoções por via área, marítima e fluvial, ressalvados os casos previstos na Resolução Normativa nº 259/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra norma que venha a ser posteriormente editada sobre a mesma matéria;
ad) Tratamento odontológico de qualquer natureza, mesmo que decorrente de acidente pessoal, exceto para cirurgia bucomaxilofacial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico, na abrangência do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações;
ae) Honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar;
af) 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;
ag) 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;
ah) Outros procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.

13. DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1. 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 da 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.

13.2. No caso de Grupo Beneficiado acima de 100 (cem) Beneficiários ou mais, o início de vigência do contrato será aquele acordado entre as partes na 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.

13.3. 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.

14 . 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 Beneficiário Titular e/ou Dependente não gozam do direito a determinadas coberturas e procedimentos.

14.1. Nos planos com menos de 30 (trinta) beneficiários, serão observados os prazos de carência previstos no item 14.4, contados do início da vigência contratual, para Beneficiários, incluídos nessa ocasião, ou a partir do ingresso de cada Beneficiário, para inclusões futuras.

14.2. 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 à Estipulante. A não observância deste prazo acarretará a aplicação dos prazos de carências previstos no item 14.4.

14.3. 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 do fato que lhes der causa (contados da data do nascimento, adoção, guarda ou tutela; reconhecimento judicial ou extrajudicial – conforme previsto na cláusula 9.12.1 a 9.12.3 deste contrato), independentemente da quantidade de beneficiários no contrato, serão imputadas as carências previstas no item 14.4.

14.4 Prazos de carência

Prazo de Carência	Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos	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.	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 abaixo no item 180 dias.
180 Dias	Adenoidectomia, Amigdalectomia, Anexectomia, Artroscopia cirúrgica ou diagnóstica, Internações clínicas ou cirúrgicas de qualquer especialidade, Internações psiquiátricas em unidade clínica ou não, Atendimento a emergências psiquiátricas provocadas pelo alcoolismo ou outras formas de dependência química, Colocação de DIU, Biopsia e punção, Laparoscopia, Litotripsia e Nefrolitotripsia, Implante de anel intraestromal, Oxigenoterapia hiperbárica, Implante de cardiodesfibrilador multissitio – TRV, Implante de monitor de eventos (looper implantável), Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, Tratamento de hiperatividade vesical, Terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de artrite reumatoide, artrite psoriática, doença de Crohn e espondilite anquilosante (com diretriz de utilização). Além de todos os outros procedimentos clínicos e cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.	Anatomopatologia e citopatologia, Angiografia, Angiotomografia coronariana, C4D fragmento Densitometria óssea, Ecocardiografia, Eletroencefalograma, Endoscopias digestiva, ginecológica, respiratória e urológica, Estudos hemodinâmicos, Exames com doppler, Exames genéticos, Exames oftalmológico, Exames otorrinolaringológico, 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. Além de todos os outros exames complementares previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.	Fisioterapia, Sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e acupuntura. Termoterapia transpupilar a laser, laserterapia para tratamento da mucosite oral/ orofaringe, Diálise, Hemoterapia, Quimioterapia, Radioterapia. Além de todos os outros Serviços auxiliares previstos no Rol de Procedimentos da ANS e não mencionados neste item.	Consultas Psiquiátricas e Psicoterapia de crise.
300 Dias	Parto a termo	–	–	–

15. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doença e lesão preexistente é 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 à de seus Dependentes. Fica assegurada ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes a cobertura das despesas de assistência médico-hospitalar referentes a doenças e lesões preexistentes à assinatura do contrato, nas seguintes condições:

15.1. 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 à Estipulante.

15.1.2. 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.

15.1.3. 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 cláusula 9.12.1 a 9.12.3 deste contrato), haverá cláusula de Agravo ou Cobertura Parcial Temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

15.2. 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.

15.2.1 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).

15.3 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.

15.3.1 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 médico não pertencente à rede assistencial do Contratado, o Beneficiário Titular poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

15.3.2. 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 saibam 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 às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais consequências de sua omissão.

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

15.3.4. 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, oferecerá 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 às 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 à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com condições negociadas entre o Contratado e o Beneficiário. O oferecimento de agravo pelo Contratado, como opção à 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).

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

15.3.6. Caso seja aplicada a Cobertura Parcial Temporária, ocorrerá a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às 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.

15.3.7. 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.

15.3.8. 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.

15.3.9. 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.

15.3.10. 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 à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para julgamento da alegação, conforme a RN nº 162/2007 e suas atualizações.

15.3.11. Se for acolhida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a alegação do Contratado, o Beneficiário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar 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.

15.3.12. 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.

16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1. 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.

16.2. 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 ou até que haja necessidade de internação do paciente, desde que não resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

16.3. Os casos configurados como emergência, ou seja, aqueles em que há alteração aguda do estado de saúde do Beneficiário Titular e/ou seus Dependente(s), que implica risco ime-

diato à vida ou lesões irreparáveis, devidamente caracterizada em declaração do médico assistente, estarão assegurados, desde a admissão do paciente até sua alta, salvo se o mesmo estiver cumprindo carência, quando então a cobertura se restringirá às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial ou até que haja necessidade de internação do paciente.

16.4. 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 até a alta do paciente.

16.5. 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 já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente, terão cobertura integral garantida; e
- 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;

16.6. Nos casos em que a assistência médico-hospitalar não venha a se caracterizar como própria do produto contratado, ou como risco à vida, ou ainda de lesões irreparáveis, não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte do Contratado.

16.7. O Contratado garantirá a remoção inter-hospitalar do Beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento pertencente a rede credenciada do Contratado, situado dentro da área de abrangência do contrato, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, ministrada durante o período de internação hospitalar.

16.8. Realizados os atendimentos de urgência e emergência, cessada a obrigação de cobertura pelo Contratado, nos casos de carência ou Cobertura Parcial Temporária, caberá a esta o ônus e a responsabilidade pela remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

16.8.1. 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;

16.8.2. 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 16.7, o Contratado estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

16.9. 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.

16.10. Nas situações de urgência ou emergência em que não for possível a utilização da rede credenciada constante no Guia do Usuário para consultas, exames ou internações, será efetuado o reembolso das despesas realizadas pelo Beneficiário, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

16.11. 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 credenciada informada no Guia do Usuário;
- Conta médica discriminada das despesas, incluindo 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, especialmente caso se trate de procedimentos cirúrgicos e de internação.

16.12. 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.

16.13. 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.

16.14. 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.

16.15. Não serão passíveis de reembolso os procedimentos sem previsão de cobertura contratual, as despesas com alimentação de acompanhante, salvo nos casos de pacientes internados, menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais e gestantes em pré-parto, parto e pós-parto, conforme inciso I do artigo 22 da Resolução Normativa nº 338/2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) e serviços extraordinários, tais como telefonia, enfermagem particular, aluguel de equipamentos, entre outros.

16.16. 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.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. Identificação do Beneficiário

17.1.1. 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.

17.1.2. 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.

17.1.3. 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.

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

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

17.1.6. 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.

17.2. Documentação Contratual

17.2.1. São considerados como documentos do plano contratado este Contrato e a Proposta Comercial Coletivo Empresarial, a Ficha Cadastral Coletivo Empresarial, 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.

17.2.2. 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;
- Comprovante de elegibilidade à pessoa jurídica contratante.

17.3. 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 consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, 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.

17.4. Internações Hospitalares
17.4.1. As internações somente serão autorizadas após avaliação prévia de profissional médico.

17.4.2. Para fornecimento da autorização, o Beneficiário deverá apresentar declaração assinada pelo médico assistente que justifique as razões da internação e indique o diagnóstico e o tratamento proposto com seu código na CID 10, a época do início da enfermidade, bem como o tempo médio provável da internação.

17.4.3. O Contratado fornecerá ao Beneficiário, antes de sua admissão no hospital credenciado, autorização na forma prevista nesta cláusula. Esta autorização será concedida somente para hospitais credenciados constantes no Guia do Usuário do plano contratado, em conformidade com a natureza da doença ou porte da cirurgia.

17.4.4. Ao se internar, o Beneficiário e/ou seu Dependente deverão apresentar à administração do hospital a Guia de Internação assinada pelo Contratado, bem como o respectivo Cartão de Identificação do plano e o documento de identificação pessoal.

17.4.5. A Guia de Internação será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários. A prorrogação da internação será concedida a critério do Contratado, mediante solicitação do médico assistente que justifique as razões técnicas do pedido.

17.4.6. As senhas emitidas pelo Contratado terão validade de 30 (trinta) dias após a sua emissão, podendo ser renovada, mediante justificativa, no máximo, por 30 (trinta) dias. Findo os 60 (sessenta) dias, uma nova senha deverá ser solicitada mediante a apresentação pelo beneficiário de nova requisição.

17.5. Autorização Prévia
17.5.1. São passíveis de autorização prévia os seguintes exames e procedimentos:

- Internações e procedimentos eletivos;
- Cirurgias eletivas;
- Procedimentos solicitados por médico não credenciado;
- Exames e procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico, sedação ou anestesia, desde que eletivos;
- Litotripsia;
- Punções e biopsia;
- Provas e testes alérgicos;
- Teste ergométrico;
- Eletrocardiografia dinâmica;
- Ecocardiografia;
- Exame anatomopatológico e citopatológico;
- 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;

- Exames e tratamentos de medicina nuclear e por radioimunoensaio;
- Radiodiagnóstico contrastado;
- Radiologia intervencionista;
- Ultrassonografia;
- Densitometria óssea;
- Tomografias computadorizadas;
- Exames de ressonância nuclear magnética;
- Exames de ecodoppler;
- Exames e procedimentos oftalmológicos eletivos;
- Exames e procedimentos otorrinolaringológicos eletivos;
- Exames e procedimentos urológicos eletivos;
- Exames e procedimentos ginecológicos eletivos;
- Hemodiálise ou diálise peritoneal.

17.5.2. 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.

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

17.5.2.2. Em casos de divergência médica, haverá formação de junta médica técnica, de acordo com o item 17.8.

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

- Internações eletivas e procedimentos/cirurgias eletivos: É necessária guia de internação carimbada e assinada pelo médico assistente ou pedido em receituário particular, com diagnóstico médico com o quadro clínico. Em caso de cirurgia, será necessário que conste na guia de internação data provável da cirurgia, com laudo de exame e lista de material, se for o caso.
- Exames e procedimentos que exijam qualquer tipo de analgésico, sedação ou anestesia, desde que eletivos: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente ou pedido em receituário particular, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- Exames e procedimentos eletivos: E necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente ou pedido em receituário particular, com diagnóstico médico e quadro clínico.
- RPG e Acupuntura: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente ou receituário particular, com diagnóstico médico e plano terapêutico.
- Transfusão sanguínea eletiva: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente ou receituário particular, diagnóstico médico e laudo de hemograma.
- Biopsia: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente ou pedido em receituário particular, diagnóstico médico e laudo de exame.
- Quimioterapia ou radioterapia: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente ou pedido em receituário particular, com laudo de histopatológico. Nos casos de radioterapia, será necessário também o plano terapêutico.
- Hemodiálise ou dialise peritoneal: É necessária SADT carimbada e assinada pelo médico assistente ou pedido em receituário particular, com diagnóstico médico e laudo de exame.

17.6. Rede de Atendimento
17.6.1. Os serviços médicos e hospitalares integrantes deste contrato serão realizados, pela rede credenciada listada no Guia do Usuário do plano contratado.

17.6.2. 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.

17.6.3. O Contratado reserva-se o direito de substituir unidades hospitalares, desde que por equivalentes e mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias aos Beneficiários e à ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

17.6.4. Se a substituição da unidade hospitalar ocorrer por vontade do Contratado durante período de internação do Beneficiário e seu(s) Dependentes, a internação será mantida e custeada até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste contrato, pelo Contratado. Se a substituição da unidade hospitalar ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação do Beneficiário e seu(s) Dependentes, o Contratado arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para os Beneficiários.

17.6.5. O Contratado reserva-se, também, o direito de proceder ao redimensionamento da rede hospitalar, após solicitação de autorização à ANS, conforme o § 4º do art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

17.6.6. O Contratado reserva-se o direito de substituir os serviços credenciados de médicos, laboratórios e demais atendimentos, com o objetivo de melhorar a qualidade de atendimento aos Beneficiários, desde que por outros equivalentes e mediante comunicação aos Beneficiários com 30 dias de antecedência.

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

17.6.8. 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).

17.7. Auditoria e Perícia Médicas
17.7.1. 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 17.8.

17.7.2. 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.

17.7.3. 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.

17.7.4. 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.

17.8. Divergências de Natureza Médica
17.8.1. 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.

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

17.8.1.2.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.

17.8.1.3. 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.

17.8.2. 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.

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

17.8.4. 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.

17.9. 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.

17.10. 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 (telefones e endereços informados no portal do Contratado).

17.11. 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.

18. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

18.1. 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 Comercial Coletivo Empresarial.

18.1.1. 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.

18.1.2. 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 19, pela quantidade total de Beneficiários.

18.1.3. 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 Comercial Coletivo Empresarial ou no Termo Aditivo que integra este contrato, e neste momento, a Estipulante é responsável por apresentá-la a todos os seus Beneficiários.

18.1.4. 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.

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

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

18.1.7. 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 de plano, os proventos do Beneficiário Titular, ou de outra forma. Os critérios deverão ser apresentados obrigatoriamente aos Beneficiários Titulares na contratação do plano e sempre que alterados.

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

18.3. 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.

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

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

18.6. 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.

18.7. 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.

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

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

18.10. 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.

18.11. 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 cobertura.

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

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

18.13. Fica resguardado o direito da Estipulante se 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.

18.14. 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 nas situações dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, a contar da data do inadimplemento.

18.15. A não utilização de quaisquer coberturas durante a vigência do contrato não exonera a Estipulante e/ou Beneficiários nas situações dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 do pagamento das mensalidades vencidas e/ou vincendas.

18.16. 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.

19. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

19.1 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	20,00%
59 ou mais	50,6%

19.1.2. 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.

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

20. REAJUSTE

20.1. 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

20.2. 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.

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

$$RT= (\sum D/ \sum M / IE) – 1$$

Onde,

RT= Reajuste Técnico (em %)
∑D= 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.
∑M= 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.

20.4. 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.

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

20.6 Do agrupamento dos contratos com até 29 (vinte e nove) Beneficiários para fins de cálculo e aplicação de reajuste

20.6.1. 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.

20.6.2. 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.

20.6.3. 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.

20.6.4. 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 ambulatorial, hospitalar e obstétrica, 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.

20.6.5. 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.

20.7 Disposições diversas acerca dos reajustes

20.7.1. 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.

20.7.2. 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.

20.7.3. 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.

20.7.4. 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.

20.7.5. Eventualmente ou por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as condições previstas neste contrato, incluindo as datas e/ou períodos de apura-

ção para cálculo do Índice de Reajuste (IR) ou para verificação do número de Beneficiários poderão ser modificadas.

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

20.7.7. 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.

21. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PRODUTOS COLETIVOS

21.1. A Estipulante deverá preencher a Proposta Comercial Coletivo Empresarial, anexando os documentos do Beneficiário que comprovem a participação societária ou vínculo com a Estipulante, nas formas empregatícia ou estatutária, bem como os documentos abaixo relacionados:

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.

21.2. De acordo com as declarações constantes da proposta da Estipulante, 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 hipótese 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 Estipulante 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(s) dependente(s) e à coparticipação e/ou franquia, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica.

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

21.4. 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 e exonerados sem justa causa não contributários, e os aposentados não contributários não fazem jus aos direitos especificados nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

21.4.1. 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.

21.4.2 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.

21.4.3. 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.

21.4.4. 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.

21.4.5. 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).

21.4.6. 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.

21.4.7. 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.

21.4.7.1. 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.

21.5. 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.

21.6. Os direitos assegurados nesta cláusula, conforme disposto no art. 26 da Resolução Normativa nº 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 nº 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 arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

21.7. Caso a Estipulante contrate produto de saúde junto a outra Operadora, deverá incluir no 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.

22. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

22.1. A estipulante ou a Contratada poderão 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.

22.2. 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; e
V) Se o ex-empregado optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

22.3. 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.

22.4. A Estipulante deverá sempre que solicitado pelo Contratado, no prazo máximo e improrrogável de 48 (quarenta e oito) horas, fornecer todas as informações e documen-

tos pertinentes, relativos às solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares e seu(s) Dependente(s) do contrato.

22.5. 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 por ex-empregados que aleguem prejuízo a seus direitos relativos aos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 em consequência de informações incorretas prestadas pela Estipulante ao Contratado, da mesma forma pelo inadimplemento das obrigações especificadas nestas Condições Gerais.

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

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

23. RESCISÃO

23.1. 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 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.

23.2. 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 o Contratado em face da Estipulante, ou de todas as mensalidades faturadas na hipótese do referido descumprimento ocorrer antes do 3º (terceiro) mês de vigência contratual.

23.3. 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 cobertura.

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

23.5. 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 Beneficiário 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 referente às despesas médicas e hospitalares realizadas no período de inadimplência;

- Não aceitação pela Estipulante do índice de reajuste proposto pelo Contratado na data de aniversário do contrato, desde que este esteja em conformidade com as regras contratadas.

23.6. 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 cancelando do presente contrato.

23.7. 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.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

24.2. 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.

24.3. São documentos do presente contrato: a Proposta Comercial Coletivo Empresarial, a Ficha Cadastral Coletivo Empresarial, seus anexos, os recibos, as declarações disponibilizadas no canal web, bem como as carteiras de identificação.

24.4. 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.

24.5 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 causa 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.

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

24.6. 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.

24.7. As resoluções que, juntamente com a Lei nº 9.656/1998, regulam e complementam este contrato são as expedidas pela Agência 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.

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

25. ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito como competente o foro do domicílio da empresa estipulante contratante, conforme mencionado na proposta de adesão, para dirimir as eventuais questões decorrentes deste contrato.

26. 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 (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) organizada 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, à 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.

Consulta Médica Psiquiátrica
Atendimento médico eletivo realizado por profissional médico especializado em psiquiatria.

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, hospitalares e obstétricas, 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 um 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.

COBERTURAS OPCIONAIS

COBERTURA OPCIONAL AO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS/HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS, ENTRE O GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA. E O CONTRATANTE TITULAR PARA A COBERTURA DO SISTEMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TRÂNSITO – ABRAMGE, NA FORMA ABAIXO.

1 – Objeto

Cláusula primeira – Esta Cláusula tem como objeto possibilitar um atendimento de urgência e emergência em trânsito e fora do local de abrangência geográfica de cobertura prevista no respectivo no Contrato Coletivo Empresarial. A referida cobertura ocorrerá apenas nos locais disponibilizados pelo Sistema ABRAMGE, através de listagem produzida e atualizada pela ABRAMGE, disponibilizada no Portal de Atendimento do Sistema www.atendimentoabramge.com.br ou pelo telefone 0800-722-7511 da ABRAMGE.

2 – Cobertura do Sistema de Urgência e Emergência em Trânsito – ABRAMGE

Cláusula segunda – Está compreendido no sistema, os seguintes atendimentos:

a) Atendimentos de urgência e emergência e eventuais serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) necessários, devidamente fundamentados pelo médico assistente;
b) Internações clínicas ou cirúrgicas, quando houver indicações de risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis;
c) No caso de necessidade de internação e/ou serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) de alta complexidade de acordo com a classificação no Rol de Procedimentos disciplinado pela ANS, será realizado contato administrativo com a Empresa Detentora de Contrato, impreterivelmente dentro das 24 (vinte e quatro) horas imediatamente seguintes ao início do atendimento;
d) Quando da dispensa do paciente, se necessário, a empresa prestadora de serviços deverá encaminhá-lo à Empresa Detentora de Contrato, para continuidade do tratamento, com o relatório médico completo e exames complementares realizados.

Parágrafo primeiro – O Beneficiário Titular e seus Dependentes poderão aderir ao disposto no presente instrumento no momento da venda ao assinalar a sua escolha na Ficha Cadastral Coletivo Empresarial.

Parágrafo segundo – Para fins do disposto no presente instrumento, serão utilizadas as seguintes definições:

a) Beneficiário em Trânsito: beneficiário que se encontra em área de abrangência geográfica distinta da que consta nas Condições Gerais do produto contratado.
b) Empresa Detentora de Contrato: aquela Empresa ou Entidade associada ao Sistema, operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde ao qual se encontre vinculado o beneficiário atendido no SISTEMA DE ATENDIMENTO DA ABRAMGE NACIONAL, em casos de urgência e emergência em trânsito
c) Empresa Prestadora de Serviços: a que também integrante do Sistema ora regulamentado, atendeu o beneficiário da Empresa Detentora do Contrato, na urgência e emergência em trânsito.
d) ABRAMGE: a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, também conhecida por ABRAMGE NACIONAL, a qual se encontram filiadas as Empresas Detentora dos Contratos e as Prestadoras de Serviços.

3 – Forma de atendimento
Cláusula terceira –Somente serão atendidos pela Empresa Prestadora de Serviços os Beneficiário da Empresa Detentora do Contrato nos casos de urgência e emergência em trânsito, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Cartão de identificação do beneficiário, com a informação da cobertura da rede ABRAMGE;
b) Documento de identidade;

4 – Locais de atendimento
Cláusula quarta – Devem ser procurados pelos Beneficiários os locais previamente indicados para atendimento de urgência e emergência em trânsito, através de listagem produzida e atualizada pela ABRAMGE, disponibilizada no Portal de Atendimento do Sistema www.atendimentoabramge.com.br ou pelo telefone 0800-722-7511 da ABRAMGE.

5 – Carência/Limitação
Cláusula quinta – Conforme o regulamento do Sistema de Atendimento de Urgência e Emergência em Trânsito – Abrange, não integra a natureza do produto saúde contratado, sendo relação unicamente acessória entre a operadora e seus beneficiários. Nos casos de urgência e emergência em trânsito, os primeiros atendimentos deverão ser prestados, em regime ambulatorial, nas 12 primeiras horas, como determina a regulamentação dos planos de saúde.

Cláusula sexta – Nos casos de necessidade de internação clínica e/ou cirúrgica e SADT só deverão ser realizados após observadas as limitações e/ou carências descritas no Contrato, no cartão de identificação ou com autorização prévia e escrita da Empresa Detentora do Contrato, impreterivelmente, dentro das 24 (vinte e quatro) horas imediatamente seguintes ao atendimento.

6 – Início da cobertura
Cláusula sétima – A cobertura das despesas com atendimento de urgência e emergência em trânsito terá início após do início da vigência, segundo valor constante na tabela vigente na época da contratação.

7 – Mensalidade
Cláusula oitava – A garantia do atendimento de urgência e emergência em trânsito, é devido por participante do contrato, do qual este instrumento passa a fazer parte integrante, será cobrada na forma da mensalidade constante da tabela de vendas Do Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda., sobre a qual o Beneficiário declara ter pleno conhecimento.

Cláusula nona – O reajuste da mensalidade obedecerá aos mesmos critérios constantes das Condições Gerais do plano contratado.

8 – Da área de atuação
Cláusula décima – Entende-se como área de cobertura do Sistema de Urgência e Emergência em Trânsito os municípios ou regiões de saúde indicados pelas empresas associadas, fora da área de cobertura assistencial contratada pelo Beneficiário Titular.

9 – Do cancelamento da cobertura
Cláusula décima primeira – A rescisão ou extinção do Contrato Coletivo Empresarial de Despesas Ambulatoriais/Hospitalares e Obstétricas, celebrado entre a Contratada e o Be-

neficiário Titular, implica, obrigatoriamente, no cancelamento da cobertura previsto no presente instrumento.

Parágrafo primeiro – O instrumento poderá ser rescindido a qualquer momento por solicitação do Beneficiário Principal, desde que o faça com um prazo de 30(trinta) dias de antecedência. Neste caso o cancelamento se dará automaticamente para todos os Dependentes incluídos no contrato.

10 – Disposições finais

Cláusula décima terceira – Todas as cláusulas e condições constantes das Condições Gerais do Contrato Coletivo Empresarial de Cobertura de Despesas Ambulatoriais/Hospitalares e Obstétricas continuam em pleno vigor.

COBERTURA OPCIONAL AO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL DE COBERTURA DE DESPESAS AMBULATORIAIS/HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS, ENTRE O GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO E O CONTRATANTE TITULAR PARA A COBERTURA DE ASSIM ASSISTÊNCIA – ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NA FORMA ABAIXO.

1 – Objeto

Cláusula primeira – Respeitado o disposto nas Condições Gerais do contrato supracitado, esta Cláusula tem como objeto garantir ao Beneficiário Titular e aos seus Dependentes incluídos no contrato a cobertura dos custos de atendimento médico domiciliar de urgência e emergência.

2 – Do atendimento médico domiciliar

Cláusula segunda – O atendimento médico domiciliar de urgência e emergência compreende:

a) Atendimento domiciliar de urgência e de emergência, respeitado a área geográfica de abrangência previsto neste instrumento;
b) Remoção em ambulância ou UTI móvel, por exclusiva decisão do médico do serviço de atendimento, do domicílio do Beneficiário Titular para unidade de observação ou internação, credenciada pelo Grupo Hospitalar do Rio De Janeiro e que atenda ao plano contratado.

Parágrafo primeiro – O Beneficiário Titular e aos seus Dependentes poderão aderir ao disposto no presente instrumento no momento da venda ao assinalar a sua escolha na Ficha Cadastral Coletivo Empresarial.

Parágrafo segundo – Para fins do disposto no presente instrumento, serão utilizadas as seguintes definições:

a) Domicílio – endereço onde o Beneficiário Titular tenha fixado residência;
b) Emergência – É a alteração aguda do estado de saúde que implique risco imediato à vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.
c) Urgência – É a situação causada por evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

3 – Forma de atendimento

Cláusula terceira – O atendimento médico domiciliar, será prestado durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias, e somente dentro da área geográfica, em que o Beneficiário estiver cadastrado, desde que esteja entre os municípios estabelecidos no item 6.

Cláusula quarta – O Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda. fica eximido de responsabilidade sempre que ocorrerem ou sobrevierem hipóteses de caso fortuito ou força maior que impeçam ou retardem a chegada da equipe de atendimento ao local onde se encontrar o Beneficiário, tais como congestionamento de trânsito, quedas de barreiras, locais de comprovada dificuldade de acesso, ou risco, ou que comprometam a vida ou a integridade física da equipe de atendimento.

Cláusula quinta – Quando da solicitação do atendimento, o serviço de atendimento deverá ser informado da localização do Beneficiário ou seus Dependentes, sua condição de saúde e o número de sua matrícula, constante na carteira de identificação fornecida pelo Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro.

Cláusula sexta – O atendimento médico domiciliar dar-se-á por encerrado quando, a critério da Equipe de Atendimento, estiver estabilizada a crise de saúde que o motivou, ou no momento em que o Beneficiário ou seus Dependente der entrada na unidade de observação e/ou internação, nos termos da Alínea "B" da Cláusula segunda, passando o mesmo a ficar sob os cuidados e responsabilidade do médico da referida unidade hospitalar ou ambulatorial.

4 – Início da cobertura e exclusões
Cláusula sétima – A cobertura das despesas com atendimento médico domiciliar de urgência e emergência terá início após do início da vigência, segundo valor constante na tabela vigente na época da contratação.

5 – Mensalidade
Cláusula oitava – A garantia do atendimento médico domiciliar, devido por participante do contrato, do qual este instrumento passa a fazer parte integrante, será cobrada na forma da mensalidade constante da tabela de vendas do Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda., sobre a qual o Beneficiário Titular declara ter pleno conhecimento.

Cláusula nona – O reajuste da mensalidade obedecerá aos mesmos critérios constantes das Condições Gerais do plano contratado.

6 – Da área de atuação
Cláusula décima – Fica certo e ajustado esta cobertura é válida somente para os beneficiários domiciliados nos municípios pertencentes à área de atuação da Cobertura Opcional do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar.

Municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti e Queimados, salvaguardando a viabilidade de acesso do prestador, principalmente nas áreas de risco.

7 – Do cancelamento da cobertura
Cláusula décima primeira – A rescisão ou extinção do Contrato Coletivo Empresarial de Despesas Ambulatoriais/ Hospitalares e Obstétricas, celebrado entre o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro e Contratante, implica, obrigatoriamente, no cancelamento da cobertura previsto no presente instrumento.

Parágrafo primeiro – O instrumento poderá ser rescindido a qualquer momento por solicitação do Beneficiário Titular, desde que o faça com um prazo de 30(trinta) dias de antecedência. Neste caso o cancelamento se dará automaticamente para todos os Dependentes incluídos no contrato.

Parágrafo segundo – Na hipótese de alteração do domicilio do Beneficiário Titular, para local que não conste da área de abrangência geográfica de atendimento, o presente instrumento ficará automaticamente cancelado para o Beneficiário Titular e seu(s) respectivo(s) Dependente(s).

8 – Disposições finais

Cláusula décima segunda – Todas as cláusulas e condições constantes das Condições Gerais do Contrato Coletivo Empresarial de Cobertura de Despesas Ambulatoriais/ Hospitalares e Obstétricas continuam em pleno vigor.

ANS - nº 309222

16174

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

ATENDIMENTO@ASSIM.COM.BR