

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTENCIA MÉDICA E HOSPITALAR

CONTRATAÇÃO COLETIVO POR ADESÃO

Plano: Premier Adesão Apartamento

Registro ANS: 459.345/08-6

Dados Gerais:

Contratação: Coletivo por adesão

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria

Formação de Preço: Pré-estabelecido

Padrão de Acomodação: Individual

Plano opera como livre escolha: Não

CONTRATADA: Presente Contrato, tendo de um lado a **ATIVIA - COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, sob nº 32051-0, classificada como Cooperativa Médica, localizada em Jacareí, no Estado de São Paulo, à Avenida Prefeito José Cristóvão Arouca, 35, Centro, CEP 12.327-707, devidamente inscrita no Ministério da Fazenda conforme CNPJ 69.289.171/0001-89, doravante designada **CONTRATADA**.

CONTRATANTE: De outro lado, conforme declarado no **ANEXO I – PROPOSTA DE ADESÃO E CERTIFICADO CONTRATUAL**, o qual faz parte integrante deste presente Contrato, doravante designado como **CONTRATANTE**, sob código contratual nº _____.

§1º - A **CONTRATANTE** deverá apresentar a **CONTRATADA** todos os documentos que qualificam as pessoas que aderirem ao presente plano de saúde, bem como todos os documentos que comprovem a legitimidade e vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, dos associados/filiados que fizerem a opção pela adesão ao plano de saúde ora contratado.

1 - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede cooperada ou credenciada pela **CONTRATADA**.

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

2 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Av. Prefeito José Cristóvão Arouca, 35
Centro | Jacareí-SP | 12327-707 | (12) 3954-3954

Caçapava (12) 3652-8110
São José dos Campos (12) 3942-1747
Taubaté (12) 3624-7446

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a **CONTRATANTE** vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

2.1 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE, devendo apresentar a CONTRATADA todos os documentos que comprovem tal condição.

- a) Servidores Públicos Federais da carreira de ciência e tecnologia em todo território brasileiro, abrangendo trabalhadores da ativa ou aposentados do setor publico federal do setor aeroespacial, empregados ou contratados no mesmo regime.
- b) Abrange ainda servidores do setor de Ciência e Tecnologia dos Ministérios, da Administração, Publica Direta, Indireta ou Autárquica, estatutários ou contratados.

2.2 - Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro(a), havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 38 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 38 anos completos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;

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

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

3 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- Coberturas Contratadas

A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Instrumento, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo **Conselho Federal de Medicina-CFM**, visando o tratamento de todas as doenças listadas na **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10**, conforme **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS vigente à época da solicitação/realização do evento.**

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

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

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

3.3.1 - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos de acordo com a indicação médica.

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

- Cobertura Ambulatorial

3.4 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

3.4.1 - Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

3.4.2 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

3.4.3 - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da solicitação/realização do evento, conforme indicação do médico assistente;

3.4.4 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.4.5 - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época da solicitação/realização do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

- Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.
- f) - Medicamentos e materiais com registro ativo e regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

- Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

3.5 - A **CONTRATADA** garante aos beneficiários, dentro dos recursos cooperados ou credenciados, os seguintes serviços hospitalares, respeitando as coberturas dos serviços que possuam referenciamento da **CONTRATADA** para a sua realização, sejam elas cirurgias eletivas ou de urgência, internações com ou sem UTI.

3.5.1 - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

3.5.2 - Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina-CFM;

3.5.3 - Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação **CONTRATADA** nos estabelecimentos cooperados ou credenciados pelo plano;

3.5.4 - Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

3.5.5 - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

3.5.6 - Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

3.5.7 - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

3.5.8 - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

3.5.9 - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura **CONTRATADA**, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

3.5.10 - Procedimentos buco-maxilo-faciais desde que sejam realizados por profissionais credenciados pela **CONTRATADA**, que necessitem de internação hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

3.5.11 - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

3.5.12 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante, exceto medicação de manutenção.

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

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

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

3.5.15.1 - Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;

3.5.16 - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP

ou aplicação de CPT ou Agravado, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

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

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes. Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

3.5.18 - transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

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

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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

3.5.18.3 - É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

4 - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- c) Fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar,
- d) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- e) Fornecimento de medicamentos e/ou materiais importados não nacionalizados, sem registro, registro vencido, registro irregular na ANVISA,
- f) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, à exceção dos honorários e materiais utilizados;
- g) Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

- DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADAS:

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
- b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
- c) despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- d) Cirurgias para mudança de sexo;
- e) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- f) Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- g) Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência **CONTRATADA**, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a **CONTRATADA**;
- h) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- i) Inseminação artificial;
- j) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- l) Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- m) Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

n) Pagamento e aplicação de vacinas;

o) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

p) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

q) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

r) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, Transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;

s) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

t) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ou fora da rede cooperada ou credenciada pela **CONTRATADA**;

u) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

v) Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e

x) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, bem como tratamentos sem a efetividade comprovada pelos órgãos competentes.

y) Atendimento em home care sob qualquer hipótese.

5 - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro meses) meses, contados da data da assinatura do contrato.

5.1 O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 90 (noventa) dias anteriores ao seu vencimento.

6 - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 - As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do usuário:

- a) Atendimento de urgências/emergências - 24 horas
- b) Partos a Termo - 300 dias
- c) Demais Casos - 180 dias

6.2 - Não será exigido o cumprimento de carências se:

- a) - A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.
- b) O beneficiário se vincular à **CONTRATANTE** após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

Av. Prefeito José Cristovão Arouca, 35
Centro | Jacareí-SP | 12327-707 | (12) 3954-3954

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

7.1 - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

7.2 - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.3 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde, **bem como poderá ser solicitado a qualquer momento essa obrigatoriedade pela CONTRATADA**, mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais ou profissional indicado da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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

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

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

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

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

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

7.8 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **CONTRATADA** suspenderá a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente pelo período ininterrupto de 24 meses a contar da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde.

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

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

7.11 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação **CONTRATADA** e prevista na Lei nº 9.656/1998.

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

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

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

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

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

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

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

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

É obrigatória por parte da **CONTRATADA** a cobertura do atendimento nos casos de:

- a) - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- b) - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.1 - A **CONTRATADA** garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.1.1 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

- a) - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- b) - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
- c) - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.2 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

- DA REMOÇÃO

8.3 - A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

- a) - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- b) - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

- DA REMOÇÃO PARA O SUS:

8.4 - À **CONTRATADA** caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

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

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

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

- DO REEMBOLSO

8.5 - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela **CONTRATADA**, pagáveis no máximo em até 30 (trinta) dias após a entrega dos seguintes documentos:

- a) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação na **CONTRATADA**, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar com a discriminação dos materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com as notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

8.6 - Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário Titular ou Dependente devidamente inscrito no plano, e, enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

8.7 - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso.

9 - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

O Presente Contrato não contempla acesso a livre escolha de prestadores em nenhuma hipótese.

10 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais **CONTRATADA**, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela **CONTRATADA**, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

10.1 - Coparticipação: Não haverá participação dos beneficiários a título de co-participação, ou seja, a qual é paga pelos beneficiários após o atendimento, para nenhum atendimento médico ou hospitalar, salvo no caso de internações em hospital psiquiátrico conforme descrito na Clausula de Coberturas e Procedimentos Garantidos.

- CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

10.2 - A **CONTRATADA** fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade quando necessário, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

10.2.1 - Em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) **CONTRATANTE** devolver os respectivos cartões individuais de identificação. www.ativia.com.br

10.3 - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à **CONTRATADA**, por escrito. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de **R\$ 7,00 (sete reais)** e será cobrado através do boleto de mensalidade. Podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

- CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

- a) - Consultas Médicas: Os usuários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela **CONTRATADA**, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio.
- b) - As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão e não haverá direito a retorno.
- c) - atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da **CONTRATADA**, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela **CONTRATADA** (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
- d) - Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços cooperada ou credenciada da **CONTRATADA**, mediante a autorização da **CONTRATADA**;
- e) - Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da **CONTRATADA**, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por qualquer despesa.

10.3 - Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se a um dos escritórios da **CONTRATADA** mais próximo, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento, com a devida justificativa do médico assistente solicitante.

10.4 - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

10.5 - A **CONTRATADA** garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

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

10.6 - Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico e através do sítio (www.ativia.com.br). O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do **GUIA MÉDICO**.

10.7 - A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

- a) É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- b) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **CONTRATADA**, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- c) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a **CONTRATADA** arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- d) O redimensionamento da rede hospitalar por redução, somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao **CONTRATANTE**.

11 - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial **CONTRATADA** é pré-estabelecido.

11.1 - A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

11.2 - A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, em pós-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

11.3 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme abaixo descrito:

- a) Todo dia ____ de cada mês será efetuado pela **CONTRATANTE** a **CONTRATADA** o pagamento das mensalidades os usuários titulares e dependentes, inscritos bem como toda e qualquer cobrança retroativa e taxas de 2º vias de cartões, etc.
- b) Até a suspensão dos usuários titulares e dependentes em período de inadimplência a **CONTRATANTE** ficará responsável pelo pagamento das mensalidades devidas a **CONTRATADA**, seja a cobrança integral ou pro-rata.

11.4 - Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

11.5 - As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Paixão por cuidar de você

11.6 - Se a **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 3 (três) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CONTRATADA**.

11.7 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

11.8 - O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a **CONTRATANTE** por período superior a 30 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado da inadimplência, poderá ser suspenso para efeitos de utilização dos serviços de assistência médica e hospitalar a pedido da **CONTRATANTE**.

11.8.1 - O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a **CONTRATANTE** por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano de assistência médica e hospitalar a pedido da **CONTRATANTE**.

11.9 - A **CONTRATADA** não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

12 - REAJUSTE

12.1 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IGPM/FGV. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

12.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-actuarial do contrato, este será reavaliado.

12.3 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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

$$R = \frac{S - 1}{S_m}$$

- a) **Onde: S** - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)
- b) **Sm** - Meta de Sinistralidade expressa em contrato
- c) **R** - Resultado Obtido

12.4 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma substitutiva ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir o reajuste.

12.5. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

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

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

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

13 - FAIXAS ETÁRIAS

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

13.1 - AS VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIAS PARA OS FINS DESTES CONTRATOS SERÃO:

a) FAIXAS ETÁRIAS PERCENTUAL

FAIXAS ETÁRIAS	Índice entre as faixas etárias
De 00 a 18 anos	%
De 19 a 23 anos	%
De 24 a 28 anos	%
De 29 a 33 anos	%
De 34 a 38 anos	%
De 39 a 43 anos	%
De 44 a 48 anos	%
De 49 a 53 anos	%
De 54 a 58 anos	%
De 59 anos ou mais	%

Os percentuais de variação por faixa etária estão pré-fixados no ANEXO II – A – REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA E TABELA DE PREÇOS, o qual faz parte integrante deste presente Contrato.

13.2 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados nos documentos contratuais, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

13.3 - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

13.3.1 - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

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

A **CONTRATADA** não concederá nenhum bônus e descontos, no que se refere a prestação de serviços de assistência médica e hospitalar.

15 - REGRAS PARA INSTRUMENTO JURIDICO DE PLANOS COLETIVOS

A presente Clausula não se aplica aos planos coletivos por adesão.

16 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

16.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

16.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

16.3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

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

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE** ou de dependência, previstos neste contrato.

17 - RESCISÃO

17.1 - O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da **CONTRATADA**.

17.2 - O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo: se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento; por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) **CONTRATANTE**; por inadimplemento contratual por parte da **CONTRATADA**; se não for mantido o número mínimo de usuários estabelecido para manutenção deste contrato.

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

17.4 - Antes de completado o período inicial de 24 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a) motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
- b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor equivalente a 15 % do valor das parcelas vincendas até completar 12 meses de contrato.

17.5 - O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de vinte e quatro meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

18 - DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 - O **CONTRATANTE**/Beneficiário obriga-se a comunicar a **CONTRATADA**, toda e qualquer alteração dos seus dados pessoais, em até 30 (trinta) dias a contar da alteração.

18.2 - Qualquer concessão praticada pela **CONTRATADA** no tocante à(s) cobertura(s) do plano contratado, não se constituirá em renovação, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo Beneficiário Titular e seus Dependentes.

18.3 - A **CONTRATADA** não permitirá em nenhuma hipótese que os direitos relativos ao presente Contrato sejam transferidos, cedidos ou onerados.

18.4 - Ao Beneficiário Titular/**CONTRATANTE** fica investido(a) dos poderes de representação dos beneficiários inscritos perante a **CONTRATADA** e somente ele encaminhará as comunicações ou avisos inerentes a administração do Plano, bem como poderá solicitar a inclusão ou exclusão do beneficiário.

18.5 - Caso o beneficiário fique doente ou sofra qualquer dano físico, em decorrência de atos causados por terceiros (por exemplo, acidentes de trânsito, acidentes em geral, atropelamentos, etc...) fica o mesmo ciente que deverá apresentar Boletim de Ocorrência em até 30 (trinta) dias a contar do mesmo. A **CONTRATADA** fará devida cobrança judicial do culpado, para ressarcir-se das despesas que foi obrigada a arcar em decorrência do fato.

18.6 - O Beneficiário Titular/Responsável e seus Dependentes autorizam a **CONTRATADA** a efetuar verificações em prontuários e fichas médicas para melhor efetuar eventuais auditorias médicas e comprovação do presente Contrato, bem como comunicação referente a informações relevantes do plano de saúde através de e-mail, mensagem via celular, informados na proposta de adesão.

18.7 - Faz parte do presente Contrato o **ANEXO I - PROPOSTA DE ADESÃO E CERTIFICADO CONTRATUAL**, **ANEXO II - CARÊNCIAS E VIGÊNCIA CONTRATUAL**, **ANEXO II - A - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA** e **TABELA DE PREÇOS**, **ANEXO III - DECLARAÇÃO DE SAÚDE**, onde constam todas as informações sobre dados pessoais dos beneficiários, plano contratado, carências a cumprir, tabela de preços e índices de reajustes por mudança de faixa etária, fica expressamente cientificado o **CONTRATANTE** que ao assinar o **ANEXO II - CARÊNCIAS E VIGÊNCIA CONTRATUAL**, está de acordo com as condições de reajuste por mudança de faixa etária e tabelas contidas no **ANEXO II-A - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA E TABELA DE PREÇOS**, sendo o mesmo apenas uma fiel transcrição em percentuais das variações de preços do plano de saúde contratado.

18.8 - As transferências de Planos ou mudança de data de vencimento das mensalidades, somente serão aceitas após ter sido completado 1 (um) ano de vigência do presente Contrato, e, posteriormente a cada renovação, desde que o Beneficiário Titular/ **CONTRATANTE**, se manifeste por escrito em até 30 (trinta) dias antes da renovação contratual, tendo o mesmo que estar em dia com suas obrigações contratuais. Não serão aceitos pela **CONTRATADA** transferências de Planos fora do prazo de renovação contratual.

18.9 - Nos casos de transferência para um Plano, cujo o padrão seja superior ao originalmente contratado (de Enfermaria para Apartamento), deverá ser cumprido um prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para a parcela adicional de cobertura. Durante o período que o Beneficiário Titular e seus Dependentes estiver cumprido os prazos de carência para a nova acomodação, prevalecerão as coberturas do Plano anterior.

18.10 - Fica ciente o Beneficiário Titular/**CONTRATANTE** da sua permanência na nova acomodação por um período mínimo de 12 (doze) meses.

18.11 - Nos casos de planos com Beneficiários Titulares e Dependentes inscritos, a transferência deverá abranger a totalidade de componentes do Plano.

18.12 - Qualquer solicitação de transferência de Plano, ou alteração no padrão de acomodação a **CONTRATADA** terá um prazo de 15 (quinze) dias contados a partir do recebimento da solicitação para análise aceitação ou não da mesma.

19 - ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem o Foro da Comarca da(o) **CONTRATANTE**, para solucionar quaisquer dúvidas ou controvérsias originadas deste presente Contrato, renunciando expressamente, a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Jacareí, 29 de fevereiro de 2.012.

ATIVIA - COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

CONTRATADA

SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES PUBLICOS FEDERAIS NA AREA DE CIENCIA E
TECNOLOGIA DO SETOR AEROESPACIAL - SINDCT

CONTRATANTE

Testemunhas

(1)

(2)

RG:

Av. Prefeito José Cristovão Arouca, 35
Centro | Jacareí-SP | 12327-707 | (12) 3954-3954

RG:

Caçapava (12) 3652-8110
São José dos Campos (12) 3942-1747
Taubaté (12) 3624-7446