

Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica e Hospitalar

1 – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

ATIVIA SERVIÇOS DE SAÚDE S. A., CNPJ nº 69.289.171/0001-89 estabelecida à Avenida Prefeito José Cristóvão Arouca, nº 35, Centro, Cep. 12.327-707, Jacareí, Estado de São Paulo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, sob nº 32051-0, neste ato representada pelo seu representante legal, doravante designada **CONTRATADA**.

2 – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

De outro lado, **SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES PUBLICOS FEDERAIS NA AREA DE CIENCIA E TECNOLOGIA DO SETOR AEROESPACIAL - SINDCT**, inscrita no CNPJ: 60.127.602/0001-36 estabelecida na Rua Santa Clara, 432, Vila Dy-Ana, CEP: 12.243-630, na cidade de São José dos Campos – SP, neste ato representado por seus representantes legais, doravante designado como **CONTRATANTE**, sob código contratual nº _____.

3 – NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Produto: ESSENCIAL ADESÃO ENFERMARIA COPARTICIPATIVO

Tipo: Coparticipativo

Registro ANS: 473.284/15-7

4 – TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação do produto de que trata o presente Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica e Hospitalar é **Coletivo por Adesão**.

5 – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, sendo este, justamente a composição das coberturas descritas no presente Contrato.

6 – ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

A abrangência geográfica deste Contrato é **Grupo de Municípios**, ou seja, cobertura, dentro da rede credenciada, nas seguintes cidades do Estado de São Paulo: Jacareí, Caraguatatuba e São José dos Campos.

7 – ÁREA DE ATUAÇÃO

Os serviços ora contratados serão prestados pela **CONTRATADA**, através dos profissionais médicos, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados constantes no Guia Médico, conforme produto/plano contratado, sendo que o atendimento será realizado nas seguintes cidades do Estado de São Paulo: **Jacareí, Caraguatatuba e São José dos Campos**.

7.1 – Na hipótese de inexistência de prestador na rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado no município pertencente à área geográfica de abrangência, a **CONTRATADA** garantirá, aos Beneficiários Titular e/ou Dependente, atendimento nos municípios limítrofes a este.

8 – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

ENFERMARIA, quarto Coletivo, conforme descrito no **ANEXO I – PROPOSTA DE ADESÃO E CERTIFICADO CONTRATUAL**, o qual faz parte integrante deste Contrato.

8.1 – Tal opção é obrigatória para todos os beneficiários inscritos neste Contrato.

9 – FORMAÇÃO DE PREÇO

Este plano será custeado em regime de **Pré-pagamento**, e possui uma mensalidade de valor previamente fixado, conforme tabela abaixo:

TABELA

00 - 18	R\$ 88,74
19 - 23	R\$ 108,25
24 - 28	R\$ 121,75
29 - 33	R\$ 134,69
34 - 38	R\$ 154,57
39 - 43	R\$ 196,29
44 - 48	R\$ 250,15
49 - 53	R\$ 286,02
54 - 58	R\$ 364,07
59 - 99	R\$ 531,72

10 – ATRIBUTOS DO CONTRATO

10.1 - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9.656 de 03 de junho de 1.998, 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 própria ou credenciada pela **CONTRATADA**.

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

11 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

11.1 - Podem ser inscritos no plano como **Beneficiários Titulares** as pessoas físicas que mantenham com a entidade vinculada a **CONTRATANTE** relação de caráter profissional, classista ou setorial nos termos da RN/ANS 195/2009 e suas posteriores atualizações.

11.2 – Caberá à **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA** exigir e comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário.

11.3 - Quando da assinatura do Contrato, o Beneficiário Titular informará no **ANEXO I PROPOSTA DE ADESÃO E CERTIFICADO CONTRATUAL** todos os seus dados e dos seus dependentes, responsabilizando-se pelas veridades das informações.

11.4 – 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.

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

11.5 – Podem ser inscritos pelo Titular como **Beneficiários Dependentes**, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas:

- O cônjuge;
- O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- Os filhos e enteados, ambos com até 38 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 38 anos completos;

- Os tutelados e os menores sob guarda.

11.6 - O (A) Filho (a) adotivo (a), ou sob guarda ou tutela do Beneficiário (a) Titular ou Dependente, devidamente inscritos, menores de 12 (doze) anos de idade terão o direito às carências já cumpridas pelo seu respectivo adotante, desde que a inscrição do filho (a) adotivo (a) seja efetivada em até 30 (trinta) dias a contar do deferimento da adoção e/ou guarda.

11.7 - Ao recém-nascido, filho (a) natural ou adotivo (a) dos (as) Beneficiários (as) Titulares e/ou de seus Beneficiários (as) Dependentes, é assegurada a inscrição como dependente, se incluídos no Contrato em até 30 (trinta) dias a contar da data de nascimento ou adoção, sendo que:

11.7.1 – Caso o beneficiário, pai ou mãe, tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

11.7.2 – Caso beneficiário, pai ou mãe, não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

11.8 – O não atendimento conforme descrito no item 11.7 ensejará o cumprimento integral dos períodos de carência, bem como da cobertura parcial temporária para as doenças e lesões preexistentes a partir da inclusão no Contrato.

11.9 – A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Beneficiário Titular no plano.

12 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

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

12.2 - 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.

12.3 - 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, conforme cláusula 12.7.1.

12.4 - 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 obrigatoriamente cobertos.

12.5 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento, desde que tratado na área e cobertura.

12.6 - COBERTURA AMBULATORIAL

Compreendem os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT)** não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não precisem de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básica e especializadas, inclusive obstétrica pra pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

II - 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.

III - 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 e Diretrizes de Utilização (DUT)** vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

IV - 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.

V - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT)** vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

VI - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

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

VII - 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.

VIII - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos dentro do ambiente hospitalar.

12.7 - COBERTURA SEGMENTO HOSPITALAR

A **CONTRATADA** garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- II - 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;
- III - Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- IV - 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;

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

VI - 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;

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

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

IX - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) 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;

X - Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar realizada por profissional habilitado pelo seu 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;

XI - 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.

XII - 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.

XIII - 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.

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

12.7.1 - Cobertura para transtornos psiquiátricos, conforme estabelecido no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização** vigentes:

Estão cobertos os todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID – 10, incluindo:

- a) O custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixada a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- b.1) Nas internações de Beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização em hospital geral, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, para o respectivo Beneficiário, o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31° (trigésimo primeiro) dia de internação, por anos de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- b.2) Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano.

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

12.7.2 - TRANSPLANTES. Os beneficiários inscritos terão cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS

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

12.7.2.2 - É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, 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.

12.8 – COBERTURA SEGMENTO OBSTÉTRICO

Compreende a assistência ao parto e ao recém-nascido, conforme segue:

- a) Toda cobertura definida no segmento hospitalar, bem como procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo.

13 - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas da cobertura do Plano de Assistência à Saúde objeto deste Contrato, prevalecendo esta cláusula sobre as demais, as despesas decorrentes dos itens indicados e suas consequências:

- a) Realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) Inseminação artificial;
- e) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
- g) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto os medicamentos previstos em contrato ou no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT)**;
- h) Fornecimento de próteses e órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar; e
- l) Procedimentos não constantes no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT)** e suas atualizações vigentes a época da solicitação.

14 - DURAÇÃO DO CONTRATO

14.1 - O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato.

14.2 - O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência

inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

14.3 – Em caso de rescisão pelo **CONTRATANTE** antes deste prazo, será cobrado uma multa correspondente a média das últimas três mensalidades, correspondente aos meses que faltarem para completar o período de 12 meses.

15 - PERIODOS DE CARÊNCIA

As coberturas garantidas pela **CONTRATADA** somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carências a seguir descritos, contados a partir da data de assinatura do **ANEXO II – CARÊNCIAS E VIGÊNCIA CONTRATUAL**, de cada beneficiário inscrito no presente Contrato.

- a) Prazo máximo de 24 (vinte e quatro horas) para a cobertura dos casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis);
- b) Prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para demais situações (consultas, internações, exames, cirurgias em geral, terapias em geral, UTI e demais não relacionadas);
- c) Prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional;
- d) Prazo máximo de 730 (setecentos e trinta) dias para doenças e lesões preexistentes.

15.1 – Os serviços contratados serão prestados aos Beneficiários Titulares e Dependentes regularmente inscritos após o cumprimento dos prazos máximos de carências que estarão expressamente descritos no **ANEXO II – CARÊNCIAS E VIGÊNCIA CONTRATUAL**, o qual faz parte integrante do presente Contrato, não podendo ultrapassar os prazos máximos acima estipulados.

15.2 – A contagem do período de carência para cada beneficiário dar-se-á a partir de seu ingresso no plano. Não poderá ser exigido o cumprimento de carências se:

- a) Os beneficiários aderirem ao plano de saúde no prazo de 30 dias contados da data de celebração deste contrato entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**.
- b) Os beneficiários se vincularem à Entidade após transcorrido o prazo do item “a” supra e que formalizarem sua Proposta de Adesão durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data do ingresso da Entidade ao contrato celebrado entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**.

16 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- **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, de acordo com a legislação e Resoluções Normativas vigentes.
- **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- **Agravo** como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência a saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

16.1 – O beneficiário deverá informa à **CONTRATADA**, por meio do preenchimento do **ANEXO III – 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 disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

16.2 – Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário preencherá o **ANEXO III – DECLARAÇÃO DE SAÚDE** acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário.

16.2.1 - O beneficiário tem o direito de preencher o **ANEXO III – DECLARAÇÃO DE SAÚDE**, mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus para o beneficiário, mas caso o mesmo opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

16.2.2 – A **CONTRATADA** esclarece que o objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento do **ANEXO III – 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 conseqüências da omissão da informação.

16.2.3 - Fica a critério da **CONTRATADA** a realização de exame prévio de admissão nos beneficiários, a fim de averiguar a existência de doenças ou lesões preexistentes, entretanto é vedado pela **CONTRATADA** a alegação de omissão de informação de doença ou lesão

preexistente, quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, com vistas a admissão no plano privado de assistência a saúde.

16.2.4 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa pelo 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** poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional ao beneficiário, caso a **CONTRATADA** não opte pelo oferecimento de cobertura total, oferecerá neste momento a cobertura parcial temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de Agravo. Caso a **CONTRATADA** não ofereça a cobertura parcial temporária (CPT) no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação no **ANEXO III – DECLARAÇÃO DE SAÚDE**, ou aplicação posterior de CPT ou Agravo.

16.2.5 - Quando o beneficiário optar pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) a **CONTRATADA** suspenderá a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente com a doença ou lesão preexistente declarada no **ANEXO III – DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

Nota: Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização (DUT)** da ANS disponível para consulta no site www.ans.gov.br.

16.3 - É vedado a **CONTRATADA** a alegação de doença e lesão preexistente depois de decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano.

16.3.1 – 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 as coberturas contratadas.

16.4 - Identificado pela **CONTRATADA** indicio de fraude por parte do beneficiário, referente a omissão de conhecimento de doenças ou lesões preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a **CONTRATADA** comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através do 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.

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

16.4.2 – 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.

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

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

16.4.5 - Após o 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 respectiva doença e lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CONTRATADA**, bem como será excluído do contrato.

16.4.6 – Não haverá 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.

17 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É obrigatório 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.

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

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

- Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;
- Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e
- Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

17.3 – 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, órgão e funções.

17.4 – Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário poderá obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados pela **CONTRATADA**, na modalidade prevista neste contrato.

17.5 – O atendimento hospitalar em casos de Urgência/Emergência serão realizados em serviços próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA** na área geográfica de abrangência, conforme Cláusula 6 deste contrato.

17.6 – Da Remoção

A Contratada garantirá, nos termos da lei, cobertura de remoção, nas seguintes hipóteses:

- 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
- 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.

17.6.1 – Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário da **CONTRATANTE** e o prestador de serviço deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim a **CONTRATADA** desse ônus.

17.6.2 – Caberá a **CONTRATADA** o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

17.6.3 – Na remoção, a **CONTRATADA** disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando a responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS.

17.6.4 – Quando os beneficiários, ou seus responsáveis optar, mediante termo de responsabilidade pela continuidade de atendimento em unidade diferente daquela prevista nos subitens anteriores a **CONTRATADA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

17.7 – Do Reembolso

A **CONTRATADA** garantirá 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 próprios, contratados ou credenciados pela **CONTRATADA**.

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

- 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;
- Conta hospitalar com a discriminação dos materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com as notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

17.7.2 – O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento da documentação completa pela **CONTRATADA**, e seu valor será o correspondente ao praticado pela **CONTRATADA** junto à rede de prestadores do presente plano.

18 – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

O Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica e Hospitalar não prevê cobertura para acesso à livre escolha de prestadores de serviços de saúde não participantes da rede credenciada da **CONTRATADA**.

19 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Todos os planos serão custeados em regime de pré-pagamento, pela contribuição mensal que inclui valores da participação adicional, através apenas de coparticipação. As coparticipações serão cobradas pela **CONTRATADA** juntamente com a mensalidade conforme descrito na cláusula 20 deste contrato.

19.1 – **Coparticipação:** nos termos da Lei, entende-se como coparticipação a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário Titular e Dependente vinculado a **CONTRATANTE** diretamente a **CONTRATADA**, após a realização do procedimento.

19.2 - No **ANEXO I – PROPOSTA DE ADESÃO E CERTIFICADO CONTRATUAL** está previsto os valores/percentuais de coparticipação, os quais serão devidos por evento pelos Beneficiários Titulares e seus Dependentes vinculados a **CONTRATANTE**, quando aplicável, para todos os atendimentos, conforme o produto contratado.

19.3 – Os atendimentos serão prestados nas cidades de **Jacareí, Caraguatatuba e São José dos Campos** do Estado de São Paulo, na rede de atendimento do produto contratado (Essencial Adesão Enfermaria Coparticipativo) constante no Guia Médico da **CONTRATADA**.

19.3.1 - O Guia Médico está disponível através do endereço eletrônico www.ativia.com.br, sendo necessário informar o nome do produto contratado (Essencial Adesão Enfermaria Coparticipativo) para pesquisa da rede de prestadores.

19.4 - É facultada à **CONTRATADA** a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias no mínimo de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

19.4.1 - Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar, ocorrer por vontade da **CONTRATADA** durante o período de internação dos beneficiários, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério do médico, na forma do Contrato, nos termos da lei.

19.4.2 - Com exceção nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração as normas sanitárias e fiscais em vigor, durante o período de internação, quando a **CONTRATADA**, arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional aos Beneficiários.

19.4.3 - Nos casos de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a **CONTRATADA** deverá solicitar a ANS autorização expressa.

19.5 - Os Beneficiários não necessitam de autorização prévia para atendimento de consulta médica entre os médicos constantes no Guia Médico da **CONTRATADA**, para o plano contratado.

19.5.1 - Para os exames e/ou procedimentos de alta complexidade, cirurgias e internações solicitados por médico assistente constante no Guia Médico ou não, os Beneficiários deverão obter autorização prévia da **CONTRATADA**, com exceção nos casos de emergência.

19.5.2 - Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, constantes ou não no Guia Médico da **CONTRATADA**, para o plano contratado.

19.5.3 - Para atendimento nos consultórios e/ou estabelecimentos credenciados da **CONTRATADA** o Beneficiário deverá apresentar, além dos documentos de identificação, a guia de autorização prévia, quando aplicável, devidamente assinada pela **CONTRATADA**.

19.5.4 - Nos procedimentos que exigem autorização prévia, conforme determinado pela **CONTRATADA**, fica garantido pela **CONTRATADA** o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo estabelecido pela ANS, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

19.5.5 - É garantida ainda, nos casos de situação de divergência médica a respeito da autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado

pelo Beneficiário, por um médico da **CONTRATADA**, e, por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

20 – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Todos os planos de assistência à saúde objeto deste Contrato serão custeados pela **CONTRATADA** em regime de pré-pagamento.

20.1 – A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária e coparticipação será da pessoa jurídica **CONTRATANTE**;

20.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA**, pelos inscritos neste Contrato, os valores pré-estabelecidos correspondentes às mensalidades e coparticipação totais previstas na tabela de preços vigente, de acordo com as faixa etárias apresentadas na Cláusula 22, através da emissão de faturas.

20.3 - As mensalidades e as coparticipações deverão ser pagas, até seus respectivos vencimentos, nos estabelecimentos bancários autorizados, nos prazos de cobrança e na forma estabelecida nos documentos emitidos pela **CONTRATADA**.

20.4 – A data de vencimento das mensalidades e coparticipação estarão descritas no **ANEXO I – PROPOSTA DE ADESÃO E CERTIFICADO CONTRATUAL**, o qual faz parte integrante do presente Contrato.

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

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

20.7 - O **CONTRATANTE** não recebendo o documento de cobrança em até 3 (três) dias úteis antes da data de vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **CONTRATADA** para que não se sujeite a consequência da mora.

20.8 - O pagamento antecipado da mensalidade não elimina e nem reduz os prazos de carência fixados previamente.

20.9 - O pagamento da mensalidade não quita débitos anteriores nem dá a **CONTRATANTE** o direito à cobertura objeto deste Contrato, caso alguma mensalidade anterior não tenha sido quitada.

20.10 - No caso de atraso no pagamento da mensalidade, seu valor será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) ao dia a título de juros de mora.

20.11 – A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades, valerá como intimação para o **CONTRATANTE**, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

20.12 – 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.

21 – REAJUSTE

Os valores previstos no **CONTRATO** firmado entre as partes foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração, as características do produto contratado: cobertura, abrangência geográfica, sexo, faixa etária da população assistida, rol de coberturas vigentes, preço estabelecido com prestadores de serviços assistencial, prazo contratual, probabilidade de estimativa de utilização, carências, limites de coberturas, valor e/ou percentual da carga tributária vigente, bem como a quantidade de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no momento da apuração, objetivando a manutenção da viabilidade econômica da garantia de cobertura de custos assistenciais à saúde disponibilizada.

21.1 Este contrato integrará o agrupamento de contratos com até 29 beneficiários, para cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual, conforme determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

21.1.2 - Para fins do disposto no item anterior, a apuração da quantidade de beneficiários da Contratante, deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

21.1.3 - Caso seja constatado e verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, sendo que o desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre mês de contratação e o que anteceder o mês de aniversário do ano subsequente.

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

$$IRUc = [(1+IVCMH).(1+S)-1].100$$

Onde:

- IRUc = Índice de Reajuste Único da Contraprestação Pecuniária Mensal
- IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares
- S = Sinistralidade, sendo este apurado conforme fórmula abaixo:

$$S = \begin{cases} \text{Se } (DA \cdot (1+IVcmh))/Mr > 70\%, [\frac{DA \cdot (1+IVCMH)}{Mr} - 1] \\ 0,70 \\ \text{Se } (DA \cdot (1+IVcmh))/Mr \leq 70\%, \text{ IGPM (Período)} \end{cases}$$

Onde:

- DA = Total de despesas assistenciais referentes aos contratos integrantes do agrupamento incorridos no período de 12 (doze) meses.
- Mr = Total de contraprestações pecuniárias recebidas (mensalidades recebidas) no mesmo período em que as despesas assistenciais (DA) foram apuradas.
- IGPM = Índice Geral de Preços do Mercado.

21.1.5 - Se o índice de sinistralidade (S) não ultrapassar os 70% será aplicado o reajuste, ou seja, serão reajustados na periodicidade legal pela variação do IGPM/FGV.

21.1.6 – O percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como o código dos contratos que receberão o reajuste e seus respectivos planos (conforme informado à ANS) estarão disponíveis no site da **CONTRATADA**, www.ativia.com.br.

Para os contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários vinculados:

21.2 – O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária para os contratos **NÃO** agregados ao agrupamento, ou seja, com 30 beneficiários ou mais, observará o disposto nos itens abaixo:

21.2.1 - Nos termos da Lei, o valor da mensalidade, coparticipação e franquia serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do IGPM/FGV. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos a contar da vigência do contrato.

21.2.2 – Na descontinuidade do índice estabelecido no item 21.1.5, será estipulado novo índice mediante instrumento específico, ou por outro índice na falta deste.

21.3 – Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir:

21.3.1 – O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de **75% (Sinistralidade Meta)**, 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.

21.3.2 – Neste caso, para cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

Onde:

S = Sinistralidade apurada no período.

S_m = Meta de Sinistralidade expressa em contato.

21.4 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 21.3.1, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 21.2.1 na mesma data de forma a garantir o reajuste.

21.5 – Os reajustes aplicados pela **CONTRATADA** aos planos coletivos, independente do número de beneficiários vinculados, serão informados a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, periodicamente, por meio de aplicativo RPC (Reajuste de Planos Coletivos).

21.5.1 - A **CONTRATADA** comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para cada 12 (doze) meses pelo menos uma comunicação de reajuste, revisão ou a manutenção da contraprestação pecuniária e coparticipação, devendo esta comunicação refletir o reajuste efetivamente aplicado, não podendo estar acima ou abaixo do aplicado, será comunicado qualquer variação sendo a mesma positiva, negativa ou nula.

22 – FAIXAS ETÁRIAS

O valor da mensalidade inicial do Contrato será diretamente proporcional a idade dos Beneficiários Titulares e Dependentes incluídos no plano. Este valor sempre estará sujeito a variação, por mudança de faixa de cada beneficiário incluído, que incidirá sobre o valor da mensalidade imediatamente anterior.

22.1 - A variação incidirá sempre que houver alteração na idade dos Beneficiários Titulares e Dependentes que signifique o deslocamento para outra faixa etária, sendo que o valor correspondente a mensalidade, passará a ser aquele da nova faixa etária, automaticamente a partir do mês subsequente em que ocorrer o ingresso do mesmo em faixa etária superior, conforme tabela abaixo relacionada:

FAIXAS ETÁRIAS	Índice entre as faixas etárias
De 00 a 18 anos	-----
De 19 a 23 anos	21,99%
De 24 a 28 anos	12,48%
De 29 a 33 anos	10,63%
De 34 a 38 anos	14,76%
De 39 a 43 anos	26,99%
De 44 a 48 anos	27,44%
De 49 a 53 anos	14,34%
De 54 a 58 anos	27,29%
De 59 anos ou mais	46,05%

22.2 - Nos termos da Lei, a **CONTRATADA** garantirá que o percentual de variação em cada mudança de faixa etária obedecerá as 10 (dez) faixas etárias observando as seguintes condições:

- a) - O valor fixado para última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da 1° (primeira) faixa etária;
- b) - A variação acumulada entre a 7° (sétima) faixa etária e a 10° (décima) faixa etária não poderá ser superior a variação acumulada entre a 1° (primeira) faixa etária e a 7° (sétima) faixa etária.

22.3 - 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.

23 - BÔNUS - DESCONTOS

Não há descontos ou bônus de qualquer espécie concedido neste contrato.

24 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

24.1- Perda da qualidade de Beneficiário Titular:

- a) Pela rescisão do presente contrato;

b) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;

c) Fraude praticadas pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

24.2 – 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.

d) Quando do desligamento do Beneficiário Titular.

24.3– Caberá à pessoa jurídica **CONTRATANTE** solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

24.4 - 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) Por perda do vínculo do Beneficiário Titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/1998;

c) inadimplência prevista na cláusula 25.

25 – RESCISÃO

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, poderá implicar na rescisão contratual pela **CONTRATADA**.

25.1 - Caso haja inadimplemento da mensalidade por período igual ou superior a 15 (quinze) dias, o atendimento será suspenso até que a situação seja regularizada.

25.2 - O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

a) Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

b) Por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) **CONTRATANTE**;

25.3 - Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido conforme legislação vigente a época da contratação, 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.

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

- a) Motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus;
- b) Imotivadamente, sujeitando a **CONTRATANTE** ao pagamento de multa correspondente a média das últimas três mensalidades, correspondente aos meses que faltarem para completar o período de 12 meses da vigência contratual à **CONTRATADA**. Para as mensalidades vencidas caberá o pagamento integral com os acréscimos previstos em lei.

25.5 – O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação, por escrito, da outra parte com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

26 – DISPOSIÇÕES GERAIS

A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar a **CONTRATADA**, toda e qualquer alteração de seus dados, inclusive dos beneficiários por ela inscritos, em até 30 (trinta) dias a contar da alteração.

26.1 - 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 vinculados a **CONTRATANTE**.

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

26.3 – A **CONTRATANTE** fica investida dos poderes de representação dos beneficiários inscritos perante a **CONTRATADA** e somente ele encaminhará as comunicações ou avisos inerentes à administração do Plano, bem como poderá solicitar a inclusão ou exclusão do beneficiário.

26.4 – A **CONTRATANTE** autoriza desde já a **CONTRATADA** a efetuar verificações em prontuários e fichas médicas dos beneficiários titulares e dependentes por ela inscritos para melhor efetuar eventuais auditorias médicas e comprovação do Contrato.

26.5 – É obrigação do **CONTRATANTE** certificar-se na **CONTRATADA** antes de efetuar qualquer pagamento diretamente ao prestador se houve efetivamente a negativa da **CONTRATADA**, a fim de evitar pagamentos indevidos/fraudes.

26.6 – Faz parte do presente Contrato o **ANEXO I – PROPOSTA DE ADESÃO E CERTIFICADO CONTRATUAL**, **ANEXO II – CARÊNCIAS E VIGÊNCIA CONTRATUAL** E **ANEXO III –**

DECLARAÇÃO DE SAÚDE, onde constam todas as informações sobre dados pessoais dos beneficiários, plano contratado, coparticipação, carências a cumprir e vigência.

26.7 - ALTERAÇÕES DE CONTRATO: 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(a) **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.

26.7.1 - Após decorrido o primeiro ano de vigência contratual, as transferências solicitadas fora do prazo acima estipulado poderão (sujeito a análise prévia) ser aceitas pela **CONTRATADA**, exclusivamente quando o novo Plano tenha padrão inferior ao originalmente contratado. A mudança sempre será efetuada no mês subsequente a aprovação pela **CONTRATADA**.

26.7.2 - Nos casos de transferência para um Plano, cujo 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(s) Beneficiário(s) Titular(es) e seu(s) Dependente(s) vinculados a **CONTRATANTE** estiver cumprido os prazos de carência para a nova acomodação, prevalecerão as coberturas do Plano anterior.

26.7.2.1 - Fica ciente o(a) **CONTRATANTE** da sua permanência na nova acomodação por seu(s) Beneficiário(s) Titular(es) e seu(s) Dependente(s) por um período mínimo de 12 (doze) meses.

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

26.9 - 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 e aceitação ou não da mesma.

26.10 - Qualquer tolerância pela **CONTRATADA** nas condições e termos acordados no presente instrumento de quaisquer das obrigações assumidas neste Contrato, seja ao Beneficiário Titular e/ou Dependente inscrito pela **CONTRATANTE**, será sempre entendida como mera liberalidade, em nada modificando as obrigações e direitos assumidos, não gerando, conseqüentemente, qualquer direito ou expectativa em favor de qualquer uma das partes.

26.11 – São adotadas as seguintes definições:

Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

Agravado: 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 carência contratual, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e o Beneficiário.

Beneficiário: pessoa física, Titular ou Dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a Operadora de plano privado de assistência à saúde.

Cálculo Atuarial: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

Carência: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

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

Coparticipação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à Operadora, junto com a mensalidade, após a realização de procedimento.

Doença ou Lesão Preexistente: aquela 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.

Órtese: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

Segmentação Assistencial: é justamente a composição das coberturas descritas no contrato.

Pré-pagamento: deve ser entendido como o plano de saúde que possui uma mensalidade de valor previamente fixado.

Prótese: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

26 – ELEIÇÃO E FORO

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

Jacareí, 27 de agosto de 2019.



SINDICATO NACIONAL DOS SERV PUB FED NA AREA DE CIENCIA E TEC DO SETOR AERO

CONTRATANTE



ATIVIA SERVIÇOS DE SAÚDE S. A.

CONTRATADA