

INSTRUMENTO JURÍDICO DO PLANO LIVRE - ADESÃO APTO – 474.912/15-0

Nº do Contrato: 11.860 LA

Instrumento Jurídico que estabelecem entre si, de um lado, como CONTRATANTE, INDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES PUBLICOS FEDERAIS NA AREA DE CIENCIA E TECNOLOGIA DO SETOR AEROESPACIAL - SINDCT, inscrito(a) no CNPJ sob o nº 60.127.602/0001-36, localizado na Rua Santa Clara, nº 432, Vila Ady-ana, CEP 12.243-630, no município de São José dos Campos/SP, endereço de e-mail femorais5@gmail.com, telefone para contato (12) 3904-6651 e, de outro como CONTRATADA, a ASSOCIAÇÃO SANTA CASA SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, com nome fantasia SANTA CASA SAÚDE, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, devidamente registrada na ANS sob o nº 41.924-9, inscrita no CNPJ sob o nº 18.321.477/0001-34, classificada na ANS como Medicina de Grupo, com estabelecimento na Avenida Doutor João Guilhermino, nº 465, Centro, no município de São José dos Campos/SP, têm entre si, justos e contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nome Comercial: PLANO LIVRE - ADESÃO APTO

Nº de Registro do Plano na ANS: 474.912/15-0

Tipo de Contratação: Coletivo por adesão

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Ambulatorial + Hospitalar com obstetria

Fator Moderador: Co-participação

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de municípios

Área de Atuação do Plano de Saúde: Caragatatuba, Jacareí, São José dos Campos, São Sebastião.

Padrão de Acomodação em Internação: Individual

Formação do Preço e Mensalidade: Pré-Estabelecido

Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui.

Vínculo: Ativo e Inativo

Declaração de Recebimento, Posse e Concordância:

O CONTRATANTE declara que, antes de optar pelo plano descrito neste Instrumento, foi esclarecido sobre as condições do Plano na segmentação referência, tendo sido oferecido para sua contratação.

Declara que, antes da assinatura desse Instrumento, foi informado no sentido de que, toda vez em que foi solicitada a assinatura eletrônica em qualquer documento durante essa contratação, aplicando-a, significa que assinou o respectivo documento.

Declara que foi informado que o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como, as informações mínimas acerca dos tipos de contratação e o Guia de Leitura Contratual – GLC, estão à sua disposição para download e impressão.

Declara que este instrumento é a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirma, apondo assinatura no presente.

Declara, por fim, ter conhecimento de que poderá receber notificações da CONTRATADA, inclusive decorrentes de inadimplência, por meio de correio eletrônico (e-mail), aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (como WhatsApp, Messenger ou outro do tipo), ligações gravadas, SMS ou qualquer outro meio que venha a ser admitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou pela lei.

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Na Qualidade de Beneficiário Titular (respeitado o disposto no art. 15 da RN nº 557/2022 da ANS e suas alterações): Pessoas naturais que mantiverem vínculo classista ou setorial com a CONTRATANTE.

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

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros e menores de 30 (trinta) anos;
- f) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à CONTRATADA de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;
- e) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos e sem rendimentos próprios ou aposentadoria;
- f) Netos até 18 (dezoito) anos.

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

2.3 Quando da contratação, fica a CONTRATANTE obrigada a demonstrar a legitimidade para a contratação do plano de saúde, nos termos da legislação em vigor.

2.4 A inclusão do Beneficiário Titular e de seus respectivos Dependentes será processada eletronicamente pela CONTRATANTE, por meio de sistema específico com *login* e senha, de uso pessoal e intrasferível,

disponível no portal da CONTRATADA. Caberá à CONTRATANTE prestar todas as informações necessárias para inclusão dos beneficiários (contendo os respectivos nomes, filiação, endereço completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), nome da mãe e titularidade de sua vinculação ao Plano (titular/dependente), bem como outras informações que venham a ser exigidas pela ANS).

2.4.1 A CONTRATANTE deverá enviar eletronicamente à CONTRATADA, até o dia 25 de cada mês, a lista de movimentação dos Beneficiários, referentes às inclusões, exclusões e alterações, contendo todas as informações necessárias para o devido cadastramento dos Beneficiários.

2.4.2 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela CONTRATANTE será processada todo dia 25 de cada mês, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada até o dia 25 de cada mês, salvo para os casos em que a regulamentação da ANS em vigor exigir expressamente tratamento diverso, hipóteses nas quais serão observadas as exigências normativas.

2.5 Para a solicitação de inclusão de beneficiários, a CONTRATANTE deverá anexar o Formulário de Declaração de Saúde preenchido pelo Beneficiário Titular, em relação a si e seus dependentes, quando for o caso, onde informa a condição sabida de doenças ou lesões preexistentes.

2.5.1 Havendo necessidade de agendamento de entrevista qualificada ou perícia, essas deverão ser agendadas junto a Operadora e obrigatoriamente realizadas antes da inclusão do beneficiário no plano.

2.6 A CONTRATANTE disponibilizara no ato da solicitação de inclusão de beneficiários cópia dos documentos que comprovem o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, bem como das informações pessoais do beneficiário titular (CPF, RG, comprovante de residência, cartão nacional de saúde – CNS), bem como, cópia dos documentos dos beneficiários dependentes (certidão de casamento, nascimento, adoção, tutela, curatela, união estável, e outros, RG, CPF, cartão nacional de saúde – CNS), podendo a CONTRATADA renovar a solicitação a qualquer tempo, se comprometendo a CONTRATANTE a remeter o documento em até 48 horas, a contar da solicitação, sendo de sua responsabilidade a autenticidade das informações.

2.7 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será 50 vidas.

2.8 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período de 30 (trinta) dias, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.9 É assegurada a inclusão:

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

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

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

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

2.11 A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, no momento da contratação e nas inclusões posteriores, bem como quando a CONTRATADA julgar necessário, documentos comprobatórios de seu quadro associativo ou de filiados.

2.12 A CONTRATANTE é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e a todos os seus Beneficiários inscritos, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à CONTRATADA, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações etc. que venha a receber em seu antigo endereço.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

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

3.2 A cobertura ambulatorial compreende:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

c) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

d) Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

e) Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

f) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

g) Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

h) Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

h.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

j) Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

k) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

l) Hemoterapia ambulatorial;

m) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.3 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

a) Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;

b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;

c) Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

i. O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

ii. No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

d) Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário 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;

e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro;

f) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, Beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou Beneficiário portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

g) Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

g.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

g.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da CONTRATADA;

g.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse;

h) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

i) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

i.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

i. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

ii. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar;

j) Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

i. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

ii. Quimioterapia oncológica ambulatorial;

- iii. Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- iv. Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- v. Hemoterapia;
- vi. Nutrição parenteral ou enteral;
- vii. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- viii. Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- ix. Radiologia intervencionista;
- x. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- xi. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- k) 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;
- l) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- m) Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
 - i. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - ii. medicamentos utilizados durante a internação;
 - iii. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - iv. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;
 - m.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- i. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

ii. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

iii. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;

n) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

o) Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

p) Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

3.4 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

a) O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

b) Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

c) Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;

c.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;

d) Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

3.5 O presente Contrato garante, ainda:

a) atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;

b) Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista, caso haja indicação clínica;

c) Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

d) Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

e) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

f) Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

e) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

f) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

h) Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

i) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

j) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;

- k) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- l) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- m) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- n) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- o) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- p) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- q) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- r) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- s) Aparelhos ortopédicos;
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- u) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- v) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Contrato;
- w) Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;
- x) Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- y) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- z) Cirurgia para mudança de sexo;
- aa) Avaliação pedagógica;
- bb) Orientações vocacionais;
- cc) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

- dd) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- ee) Remoção domiciliar;
- ff) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- gg) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- hh) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

4.2 O plano tratado neste instrumento limita-se a cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS, que não estão sujeitos a incidência de coparticipação, salvo eventual cobertura adicional expressamente prevista neste Contrato. Caso venha a ser garantido, por qualquer razão ou iniciativa, algum procedimento não previsto no Rol de procedimentos da ANS ou nas coberturas adicionais previstas neste instrumento, haverá cobrança de coparticipação de 30% incidente sobre o custo total do atendimento.

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura deste contrato, que será disponibilizada ao final do processo de contratação, após a assinatura eletrônica do contrato pelo CONTRATANTE.

5.2 Este Contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

5.3 O CONTRATANTE poderá exercer seu direito de arrependimento e rescindir o contrato unilateralmente no prazo de 07 (sete) dias de duração a partir da data de vigência do contrato.

5.3.1 A rescisão sem ônus durante o prazo de arrependimento está condicionada a não utilização do plano pelo CONTRATANTE e seus dependentes inscritos. Caso ocorra qualquer utilização, a CONTRATADA poderá cobrar o custeio dos procedimentos efetuados.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

Cobertura	Carência
Urgência e emergência, nos termos previstos neste Contrato	24 (vinte e quatro) horas
Consultas ambulatoriais e Exames Simples	30 (trinta) dias
Exames Complexos, PAC	180 (cento e oitenta) dias
Terapias com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisiatra, fisioterapeuta ou psicoterapia	180 (cento e oitenta) dias
Internações	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias
Demais coberturas não enquadradas nos itens anteriores	180 (cento e oitenta) dias

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

6.3 Não será exigido o cumprimento dos períodos de carência para os Beneficiários que ingressarem no plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de vigência do presente instrumento.

6.3.1 A cada aniversário deste Contrato será permitida a adesão de novos Beneficiários sem o cumprimento dos períodos de carência, desde que os novos Beneficiários tenham se vinculado à CONTRATANTE após o transcurso do prazo estabelecido no item anterior, bem como, que o pedido de inclusão seja formalizado no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de aniversário do Contrato.

6.4 Ultrapassados os prazos previstos nos itens anteriores, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos períodos de carência.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

7.2 No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, na qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

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

7.4 O Beneficiário, querendo, tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

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

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

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

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária – CPT.

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

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

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

7.12 Lesões e doenças de natureza congênita serão consideradas como doenças ou lesões preexistentes e estarão sujeitas à Cobertura Parcial Temporária – CPT.

7.13 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da CONTRATADA, fazendo parte integrante deste instrumento.

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

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

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

7.15.2 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.

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

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

7.15.5 Após julgamento do processo administrativo pela ANS para apuração da preexistência de doenças ou lesões no momento da contratação, acolhida a alegação da CONTRATADA, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento integral de todas as despesas efetuadas pela CONTRATADA com a assistência médico-hospitalar prestada sob a pendência do processo administrativo 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.

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

7.15.7 O CONTRATANTE autoriza o débito integral das despesas efetuadas pela CONTRATADA com a assistência médico-hospitalar prestada ao Beneficiário, se julgado procedente as alegações da CONTRATADA no processo administrativo a ser julgado pela ANS, devidamente atualizado monetariamente, acrescido de juros legais de 1% (um por cento) ao mês.

7.15.8 O Beneficiário poderá optar por aguardar o resultado do julgamento do processo administrativo pela ANS sobre a suposta preexistência de doenças ou lesões do momento da contratação, de conhecimento do Beneficiário.

7.15.9 A CONTRATADA não se obriga a parcelar quaisquer débitos súbitos que se originarem de julgamento administrativo contra os interesses do Beneficiário.

CLÁUSULA OITAVA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.3 Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do Contrato.

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

8.5 Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.6 Nos 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, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.7 Nos casos em que o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência específica para internação, será garantido o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

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

8.9 Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

8.9.1 Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos 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.

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

a) quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus;

b) caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida na alínea “b”, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

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

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

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

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Comprovante do efetivo pagamento (desembolso) pelo beneficiário ao prestador (recibo de cartão; comprovante de transferência bancária; comprovante de PIX);
- c) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- d) Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência ou emergência;
- e) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

8.10.3 Caso nova legislação venha a autorizar o reembolso em prazo superior a 30 (trinta) dias, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

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

CLÁUSULA NONA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Para a utilização dos serviços, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos, sem os quais a CONTRATADA não efetuará os atendimentos:

- a) Cartão Individual de Identificação emitido e fornecido pela CONTRATADA;
- b) Documento de identificação pessoal com foto expedido por órgão oficial;
- c) Identificação por biometria (quando disponível);
- d) Autorização Prévia, se for o caso, nos termos definidos neste instrumento.

9.2 Os atendimentos solicitados pelo médico assistente e garantidos por esse contrato serão prestados em consultórios, clínicas ou hospitais credenciados pela CONTRATADA, com aplicação das regras de direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso para utilização da rede, estabelecidas para esse plano.

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

9.3.2 Dentre os prestadores credenciados para atendimento a esse plano, a CONTRATADA poderá ampliar ou reduzir a qualquer momento a rede, bastando para tal divulgar essa alteração em seu sítio na internet, www.santacasasaudesjc.com.br.

9.4 Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CONTRATADA na internet: www.santacasasaudesjc.com.br, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.5 O Manual da Rede, constando todos os prestadores para atendimento a este plano, bem como as regras de “porta de entrada”, direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso para utilização da rede, encontra-se disponibilizado pela Operadora em seu sítio na internet, www.santacasasaudesjc.com.br, integrando esse contrato para todos os fins, independente de transcrição.

9.6 Para todos os atendimentos eletivos garantidos neste contrato, exceto consultas com médico, será necessária a autorização prévia da auditoria da CONTRATADA.

9.6.1 As autorizações emitidas pela CONTRATADA terão validade máxima de 90 (noventa) dias da data da sua emissão. Ultrapassado esse prazo sem que o procedimento seja realizado, será necessária revalidação da autorização concedida.

9.6.2 Para a revalidação da autorização, aplicam-se as mesmas regras estabelecidas neste instrumento para obtenção da autorização.

9.7 Para emissão da Autorização Prévia, o beneficiário deverá entrar em contato com o atendimento da CONTRATADA, antes de se dirigir à rede prestadora, portando a solicitação do procedimento.

9.7.1 O pedido do procedimento deverá conter:

- a) data de emissão (que deverá ser inferior a 60 dias);
- b) indicação do CID, diagnóstico ou justificativa do pedido;
- c) assinatura e identificação do médico/cirurgião-dentista solicitante, conforme o caso.

9.7.2 Excepcionalmente, a CONTRATADA poderá disponibilizar acesso para que o próprio prestador obtenha a Autorização Prévia, por telefone ou internet, ficando o beneficiário, nesses casos, dispensado de entrar em contato com o atendimento da CONTRATADA.

9.8 Para autorização de cada procedimento coberto, além do pedido na forma indicada no item anterior, a CONTRATADA exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela CONTRATADA para autorização de cada procedimento pode ser obtida no portal da CONTRATADA na internet ou em suas centrais de atendimento.

9.9 A cobertura dos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida.

9.10 Não se confunde com autorização prévia a identificação pessoal do Beneficiário promovida pelo prestador no momento do atendimento, seja por meio eletrônico (como biometria) e/ou físico (por meio de assinatura), que será realizada em qualquer caso de atendimento.

9.11 Caso entenda necessário, a CONTRATADA poderá requisitar documentos complementares, informações adicionais e/ou perícia médica / 2ª opinião médica para autorização do procedimento, ficando o beneficiário obrigado a apresentar os documentos e as informações solicitadas, bem como a comparecer na perícia / 2ª opinião da CONTRATADA.

9.12 Será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, para definição dos casos de aplicação de regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

9.13 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, a CONTRATADA deverá contatar o profissional requisitante informando da instauração da junta médica e indicando os nomes para escolha do médico desempatador. Nos termos da regulamentação, o profissional requisitante deverá responder a indicação da CONTRATADA no prazo de 48 (quarenta e oito) horas. Na ausência de resposta no prazo, considera-se aceito o médico desempatador indicado/escolhido pela CONTRATADA.

9.14 Nos casos de urgência, o beneficiário ou quem por ele responda, terá o prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, contados da data de início do atendimento, para providenciar a Autorização para o atendimento já iniciado nos termos deste instrumento, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

9.15 Para consultas e atendimentos de urgência, não será exigida autorização prévia, podendo o prestador, no momento do atendimento, apenas fazer a conferência dos dados do beneficiário com a CONTRATADA, verificando a regularidade da situação do beneficiário no plano.

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

9.17 Serão considerados exames e procedimentos simples:

- a) Hemograma completo;
- b) Rotina de urina;
- c) Raio X;
- d) Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial - MAPA (24 horas);
- e) Hemoglobina glicada (fração A1c) – pesquisa e/ou dosagem.

9.17.1 A CONTRATADA poderá ampliar a lista de exames e procedimentos considerados simples, através de publicação em seu sítio na internet, www.santacasasaudesjc.com.br.

9.18 Serão considerados exames e procedimentos especiais, todos aqueles não enquadrados no conceito de exames simples previsto neste instrumento.

9.19 As internações serão processadas mediante pedido formulado por médico assistente e guia de internação expedida e autorizada pela CONTRATADA.

9.20 Além da documentação específica mencionada anteriormente, para internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede prestadora, devendo apresentar o pedido de internação emitido há menos de 60 (sessenta) dias pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, conforme o caso, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a CONTRATADA emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, conforme o caso.

9.21 Os beneficiários deste Contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o Cartão Individual de Identificação emitido pela CONTRATADA, em pleno vigor.

9.22 A Guia de Internação será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários para os casos idênticos. A prorrogação da internação será concedida mediante solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido de prorrogação e mediante autorização da CONTRATADA.

9.23 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação, o beneficiário ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com a devida justificativa.

9.24 O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

9.25 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela CONTRATADA, constantes no Manual da Rede, ressalvadas as hipóteses de reembolso previstas neste instrumento, é admitido que os serviços possam ser solicitados pelo médico assistente que não fizer parte da rede credenciada, não podendo haver restrições aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da CONTRATADA. Nesse caso, deve o beneficiário obrigatoriamente dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

9.26 É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o item anterior, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores 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.

9.27 Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do Contrato.

9.28 Excetuam-se do previsto no item anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

9.29 Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, é necessária autorização prévia da ANS.

9.30 DO FATOR MODERADOR

9.31 Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à CONTRATADA, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

9.32 Além da contribuição mensal devida em função da inscrição do Beneficiário Titular e de seus dependentes, e conforme descrito neste Contrato, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos Beneficiários, das coberturas (procedimentos garantidos fora da internação hospitalar) relacionadas a seguir:

- a) Consulta em consultório;
- b) Consulta em Pronto Socorro (PS) / Pronto Atendimento (PA);
- c) Exames Simples (inclusive quando realizados em PS/PA);

d) Exames Especiais (inclusive quando realizados em PS/PA);

e) Terapias com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisiatra, fisioterapeuta ou psicoterapia.

9.33 Os valores de coparticipação para cada procedimento previsto acima serão aqueles estabelecidos abaixo.

Consulta em consultório/eletiva	R\$ 25,00
Consulta em Pronto Socorro (PS) / Pronto Atendimento (PA)	R\$ 30,00
Exames Simples	R\$ 8,00
Exames Especiais	R\$ 30,00
Terapias com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisiatra, fisioterapeuta ou psicoterapia	40% com limite de R\$ 40,00 (quarenta reais) por consulta/sessão (com base no custo pago ao prestador)

9.34 A incidência de coparticipação sobre consulta em Pronto Socorro/Pronto Atendimento não desobriga da incidência de coparticipação sobre eventuais exames/terapias/sessões também realizados no Pronto Socorro/Pronto Atendimento, que se sujeitarão à incidência de coparticipação específica prevista para estes procedimentos.

9.35 Não incidirão coparticipações nas coberturas ambulatoriais para as quais a regulamentação da ANS expressamente vedar essa incidência.

9.36 Será cobrada coparticipação/franquia, quando da internação do Beneficiário, no montante estabelecido abaixo.

Internação	R\$ 160,00
Internação psiquiátrica	50% à partir do 31º dia

9.37 No caso das internações psiquiátricas, além dos valores de coparticipação/franquia previstos neste instrumento, deverão ser vertidos os demais valores previstos em cláusula específica deste Contrato.

9.38 Serão de responsabilidade do CONTRATANTE os valores de coparticipações/franquias referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, podendo inclusive realizar a cobrança de várias coparticipações em uma mesma competência, ou seja, o CONTRATANTE obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

9.39 O plano tratado neste instrumento limita-se a cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS, salvo eventual cobertura adicional expressamente prevista neste Contrato. Caso venha a ser garantido, por qualquer razão ou iniciativa, algum procedimento não previsto no Rol de procedimentos da ANS ou nas coberturas adicionais previstas neste instrumento, haverá cobrança de coparticipação de 30% incidente sobre o custo total do atendimento.

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 543/2022 da ANS (Anexo II, item 11.1.1) e alterações posteriores.

10.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a CONTRATANTE deverá pagar à CONTRATADA, uma contraprestação pecuniária mensal (mensalidade) para cada Beneficiário inscrito, definidas em função do número de Beneficiários inscritos e das faixas etárias em que se enquadrarem (ou do valor fixado em preço único por beneficiário ou por grupo familiar), bem como eventuais valores de coparticipação, devidos em função da realização de internação psiquiátrica, nos termos deste Contrato.

10.3 Para cobrança do valor de mensalidade e dos eventuais valores de coparticipação, a CONTRATADA enviará, à CONTRATANTE, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o dia 10 de cada mês, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à CONTRATADA, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente aos serviços contratados.

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

10.3.2 Não será reconhecido eventual pagamento parcial ou realizado por meio diverso do definido pela CONTRATADA, sujeitando-se o CONTRATANTE às consequências da mora até que ocorra o pagamento integral na forma estabelecida neste instrumento.

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

10.5 O pagamento antecipado das mensalidades, não elimina nem reduz os prazos de carência deste Contrato.

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

10.7 Se a CONTRATANTE, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança via e-mail ou fac-símile.

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

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

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

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

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

10.13 Do pagamento do Beneficiário

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

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

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

10.13.3 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência pela CONTRATANTE, poderá a CONTRATANTE solicitar uma nova inclusão do Beneficiário e seus dependentes a ele vinculado, por ela excluído. Caso a nova readmissão ocorra, o Beneficiário e seus dependentes a ele vinculados, incluídos intempestiva e novamente deverão cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato, não implicando em recontagem de prazos de carência, mas sim de nova inclusão ao grupo vinculado à CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da Mensalidade e das demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão Individual de Identificação e coparticipações) será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

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

11.3 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

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

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

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

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

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

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

11.10 Do índice de reajuste para contratos agrupados

11.10.1 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste estabelecido para cada sub-agrupamento de planos adotado pela CONTRATADA, divulgado em seu site, que será no máximo o percentual obtido através da soma do Reajuste Financeiro com eventual Reajuste Técnico, na forma estabelecida a seguir.

11.10.2 O índice de reajuste financeiro a ser utilizado – RFinanceiro – será a variação positiva do IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada nos últimos 12 (doze) meses.

11.10.3 O Reajuste Técnico, somente será observado quando o nível de sinistralidade da carteira dos contratos sub-agrupados, ultrapassar a meta de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos entre o mês de maio e abril subsequente, devendo ser aplicada a seguinte fórmula:

$$RT = (S/Sm) - 1$$

Onde:

S = sinistralidade apurada no período.

Sm = meta de sinistralidade

11.10.4 Os percentuais de reajuste definidos, serão divulgados no site da CONTRATADA até o 1º (primeiro) dia útil do mês de maio de cada ano, podendo ser aplicados a partir da data de aniversário de cada contrato (aniversário ocorrido entre maio da divulgação do índice e abril do ano seguinte).

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

11.11 Do índice de reajuste para contratos não agrupados

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

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

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 02 (dois) meses do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

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

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

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

Sm = meta de sinistralidade de 70% (setenta por cento).

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

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

Faixa etária	Mensalidade	Percentual de reajuste
a) 0 a 18 anos de idade;	R\$ 239,69	%
b) 19 a 23 anos de idade;	R\$ 263,66	10,00 %
c) 24 a 28 anos de idade;	R\$ 295,62	12,12 %
d) 29 a 33 anos de idade;	R\$ 311,58	05,40 %
e) 34 a 38 anos de idade;	R\$ 335,57	07,70 %
f) 39 a 43 anos de idade;	R\$ 383,52	14,29 %
g) 44 a 48 anos de idade;	R\$ 527,30	37,49 %
h) 49 a 53 anos de idade;	R\$ 575,28	09,10 %
i) 54 a 58 anos de idade;	R\$ 671,12	16,66 %
j) 59 anos e acima.	R\$ 1.150,50	71,43 %

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

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

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

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

12.5 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais,

permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

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

13.1.1 Na hipótese da alínea “a” deste item, é garantido ao beneficiário o direito de solicitar sua exclusão diretamente junto a CONTRATADA, observada a forma e requisitos previstos na regulamentação em vigor.

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

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

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

13.4 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

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

13.6 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito, além de promover o protesto da dívida, em eventuais despesas decorrentes de

atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a exclusão do Beneficiário do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

13.7 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou exclusão, estando o beneficiário em período de internação, compromete-se a CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário.

13.8 É responsabilidade da CONTRATANTE comunicar, com antecedência, ao beneficiário inscrito no plano a sua exclusão.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, independente de notificação prévia, nas hipóteses seguintes:

- a) Inadimplência da CONTRATANTE, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;
- c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;
- d) Perda da personalidade jurídica da CONTRATANTE, baixa ou inaptidão de seu CNPJ (ou equivalente);
- e) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da CONTRATANTE;
- f) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

14.2 Única e exclusivamente nos casos onde beneficiário paga mensalidade diretamente a operadora e nos contratos firmarmos por empresário individual, se deixar de pagar, no mínimo, duas mensalidades, consecutivas ou não, a operadora deverá realizar a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento ou após o quinquagésimo dia de inadimplência, desde que, em todo caso seja garantido pela operadora, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito, sendo a notificação nos respectivos molde pré-requisito para a exclusão do beneficiário ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, motivada por inadimplência.

14.2.1 São meios para notificar a inadimplência nos casos descritos na cláusula 15.2:

- a) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- b) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta;
- c) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- d) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada ou preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.
- e) qualquer outro meio que venha a ser admitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou pela lei.

14.2.3 Única e exclusivamente nos casos onde beneficiário paga mensalidade diretamente a operadora e nos contratos firmarmos por empresário individual após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos neste instrumento, que estejam disponíveis no cadastro de cada beneficiário, a operadora poderá excluir o beneficiário ou suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa, desde que possua provas de que tentou notificar por todos esses meios.

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

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

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

14.5.1 A denúncia ou rescisão do contrato, por qualquer das partes, não inviabiliza a aplicação de reajuste anual e de faixa etária, até o término do aviso prévio.

14.6 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente a 03 (três) contribuições integrais, calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes da sua notificação, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

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

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

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

14.10 Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

14.11 A Rescisão do contrato, nos termos tratados neste instrumento, não exime a CONTRATANTE de quitar eventuais débitos com o PLANO, vencidos e vincendos, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação, quando for o caso.

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

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

a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;

- b) Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;
- c) Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;
- d) É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- c) **AGRAVO:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a CONTRATADA e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a CONTRATADA não optará pelo fornecimento do Agravado;
- d) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- e) **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- f) **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;
- g) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- h) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- i) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- j) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- k) **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

l) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

m) HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

n) INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

o) MÉDICO ASSISTENTE: médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente.

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

15.3 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação (que poderá ser físico ou virtual, conforme o caso), cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

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

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

15.6 O uso indevido do Cartão Individual de Identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

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

15.8 Nos casos de fornecimento de cartão físico, as segundas vias do Cartão Individual de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, no valor de R\$ 15,00 (quinze reais).

15.8.1 O valor de emissão do cartão físico será reajustado a cada período de doze meses, de acordo com as condições de reajuste do Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares.

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

15.10 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os Contratantes.

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

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

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

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

15.15 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, quando for o caso, Tabela de Reembolso, Manual de Rede e o Guia de Leitura Contratual.

15.15.1 Todos os documentos mencionados neste item estão disponíveis para download/impressão e assinatura da CONTRATANTE/Beneficiário.

15.15.2 Toda vez em que for solicitada a sua assinatura eletrônica do CONTRATANTE em qualquer dos documentos mencionados neste item, significa que a CONTRATANTE estará assinando o documento, nos termos da regulamentação.

15.15.3 As reproduções digitalizadas de documentos assinados e/ou enviados pela CONTRATANTE fazem a mesma prova que os originais, ressalvada a alegação motivada e fundamentada de adulteração.

15.16 A CONTRATANTE e a CONTRATADA autorizam a utilização dos seus dados, bem como de seus representantes legalmente constituídos (quando for o caso) e beneficiários vinculados, que sejam essenciais para o cumprimento deste Contrato. Os dados que não sejam essenciais ao cumprimento deste contrato só poderão ser utilizados após prévia autorização de qualquer das partes.

15.17 A CONTRATADA se compromete a observar o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), responsabilizando-se pelo correto tratamento de eventuais dados pessoais que tenha acesso em decorrência do presente contrato, obrigando-se, no que couber, ao integral cumprimento dos demais deveres e responsabilidades impostos na LGPD.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

16.1 Em razão da execução deste Contrato, a CONTRATADA realizará o tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis (dados) dos Beneficiários do plano de saúde contratado de acordo com a finalidade contratual e com a Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), podendo ainda compartilhar os dados com terceiros exclusivamente em virtude do cumprimento do Contrato.

16.2 A CONTRATANTE deverá, caso aplicável, obter o consentimento dos Beneficiários para realizar o compartilhamento com a CONTRATADA dos dados dos Beneficiários necessários à execução do Contrato.

16.3 A CONTRATADA manterá medidas técnicas e organizacionais de segurança da informação e governança corporativa aptas a proteger os dados, adotando apropriadas salvaguardas administrativas, técnicas e físicas para a proteção dos dados contra incidentes de qualquer natureza.

16.4 A CONTRATANTE e os Beneficiários podem acessar a Política de Privacidade da CONTRATADA disponível no seguinte endereço eletrônico <https://www.planosantacasasaude.com/beneficiario/politica-de-privacidade/>.

16.5 A CONTRATADA se compromete a observar o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), responsabilizando-se pelo correto tratamento de eventuais dados pessoais que tenha acesso

em decorrência do presente contrato, obrigando-se, no que couber, ao integral cumprimento dos demais deveres e responsabilidades impostos na LGPD.

CLAÚSULA DÉCIMA SÉTIMA – ASSINATURA DIGITAL OU ELETRONICA

17.1 As PARTES ajustam que o Contrato, anexos e os documentos correlatos, bem como eventuais aditivos poderão ser assinados digital ou eletronicamente, produzindo todos os efeitos legais.

17.2 Nos termos da Lei 14.063/2020 e do art. 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, as PARTES expressamente concordam em utilizar e reconhecem como válida qualquer forma de comprovação de anuência aos termos ora acordados em formato eletrônico, ainda que não utilizem certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil, incluindo assinaturas eletrônicas em plataforma específica disponibilizada pelo PARTES diretamente ou por terceiros. A formalização das avenças na maneira supra acordada será suficiente para a validade e integral vinculação das PARTES ao Contrato, seus anexos, documentos e aditivos.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – ELEIÇÃO DE FORO

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

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam eletronicamente esse instrumento.

São José dos Campos/SP, 01 de maio de 2025

CONTRATADA

CONTRATANTE

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2