

CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nº. 562.432-01

I - QUALIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, de um lado como,

CONTRATADA,	ASSIMÉDICA SISTEMAS DE SAÚDE LTDA.
NOME FANTASIA	ASSIMÉDICA
CNPJ:	03.016.500/0001-00
Endereço:	Rua Luzitana, nº 681 – Centro
Cidade:	Campinas
Estado:	São Paulo
Registro ANS:	40.184-6
Classificação:	Medicina de Grupo

neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, e de outro lado como INTERVENIENTE,

Razão Social:	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
CNPJ:	51.885.242/0001-40
Endereço:	AVENIDA ANCHIETA, N.º 200.
Cidade:	CAMPINAS
Estado:	SÃO PAULO

têm, entre si, justo e livremente contratado o seguinte:

II- DO OBJETO DO CONTRATO:

2.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde tem por objetivo, garantir a cobertura dos custos assistenciais, ambulatorial, médico-hospitalar previstos em cláusula específica, por prazo ilimitado e sem limite financeiro, de todo o Rol de Procedimentos da ANS e suas posteriores atualizações, à todas as doenças listadas no CID-10, da Organização Mundial da Saúde, conforme dispõe o artigo 1º da Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, pela CONTRATADA, aos beneficiários da INTERVENIENTE que expressamente aderirem ao presente plano, através de formulário próprio, que anexo ao presente faz parte integrante para todos os fins de direito, através de uma rede assistencial credenciada para tanto.

III - NATUREZA JURÍDICA DESTE CONTRATO:

3.1. O presente Contrato de Operação de Plano Privado de Saúde é bilateral, pois gera direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 476 e 477 do Código Civil Brasileiro, considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo Código, assumindo os aderentes o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da empresa CONTRATADA em garanti-la, e de adesão, sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90).

3.2. Outrossim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal no 9.656/98, que dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde, e legislação específica que vier a sucedê-la.

IV- DO NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO DE SAÚDE NA ANS:

4.1. O PLANO GLOBAL PLENO ADESÃO está registrado na ANS sob o nº 448.971/04-5.

V-DO TIPO DE CONTRATAÇÃO:

- 5.1. O presente contrato é do tipo COLETIVO POR ADESÃO.
- 5.2. Por se tratar de Contrato Coletivo Por Adesão, conforme definição dada pelo artigo 4º da Resolução CONSU Nº 14, DE 03/11/1998, a adesão ao presente Plano será livre, espontânea e opcional dos sócios, diretores, empregados, associados ou sindicalizados ligados à INTERVENIENTE, com ou sem o seu grupo familiar ou dependentes.
- 5.3. Essa obrigação perdurará durante toda a vigência do presente contrato, inclusive para as posteriores inclusões.

VI- DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO:

6.1. O presente contrato está registrado na ANS na SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL classificada de acordo com o item 2 do anexo II da RN 100, como AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRICIA.

VII - DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO DE SAÚDE:

7.1. As partes reconhecem, para os devidos fins de direito, que a área geográfica de abrangência do presente contrato é GRUPO DE MUNICÍPIOS e inclui os Municípios de Campinas, Amparo, Americana, Araras, Arthur Nogueira, Cosmópolis, Hortolândia, Jaguariúna, Monte Mor, Paulínia, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

VIII- DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS:

- 8.1. Poderão ser considerados beneficiários titulares deste contrato:
- a) todos os sócios, diretores e servidores com vínculo empregatício ou laboral ativo com a pessoa jurídica INTERVENIENTE;
 - b) os servidores com vínculo inativo com a INTERVENIENTE;
 - c) os associados da INTERVENIENTE, quando esta tiver a natureza jurídica de Associação ou Fundação;
 - d) os filiados da INTERVENIENTE, quando esta tiver a natureza jurídica de Sindicato;
- 8.2. Consideram-se dependentes do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:
- a) Cônjuge ou convivente em união estável, mediante apresentação da certidão de casamento ou declaração de que convive em união estável na forma da lei;
 - b) Filhos naturais ou adotivos do titular, solteiros, e até completarem 18 anos, devidamente comprovado através da certidão de nascimento ou termo de adoção ou guarda;

- c) Filhos naturais ou adotivos do titular, solteiros, e até completarem 24 anos, desde que comprovadamente matriculados em curso universitário, além da certidão de nascimento ou termo de adoção ou guarda;
- d) Filhos naturais ou adotivos do titular, inválidos, de qualquer idade, desde que comprovem a invalidez permanente através de documento expedido por órgão oficial do Governo (nos termos da Lei 8.212 e 8.213/91), além da certidão de nascimento ou adoção ou termo de guarda.
- 8.3. Os enteados, tutelados ou curatelados, ou menores sob guarda judicial, são equiparados a filhos para fins deste contrato.
- 8.4. Fica assegurado à CONTRATADA o direito de exigir do BENEFICIÁRIO no momento de sua inclusão, a comprovação de relação de dependente, aqui especificada.
- 8.5. A INTERVENIENTE providenciará a inclusão no Plano de Saúde dos beneficiários titulares e dependentes, interessados, a qualquer tempo, através da Ficha de Inscrição própria da CONTRATADA, a ser por ela fornecida sempre que necessário, contendo os dados pessoais dos beneficiários titulares e de seus dependentes.
- 8.6. As Fichas de Inscrição deverão ser preenchidas e assinadas pelos beneficiários titulares e entregues para a INTERVENIENTE juntamente com a seguinte documentação:
- a) cópia do RG e CPF e comprovante de endereço do titular e dependentes:
 - b) cópia da certidão de casamento ou documento que comprove a união estável, para a inscrição do cônjuge ou convivente;
 - c) cópia da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção para a inscrição de qualquer filho (a) até 18 anos;
 - d) além da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, apresentar cópia do comprovante de matrícula em universidade para a inscrição do(a) filho (a) até 24 anos;
 - e) além da certidão de nascimento ou termo de guarda ou adoção, apresentar cópia do documento expedido pelo órgão oficial do Governo que comprove a invalidez permanente, nos termos da Lei nº 8.212 e 8.213/91, para a inscrição do filho(a) inválido(a).
- 8.7. Poderão ser incluídos beneficiários dependentes, posteriormente à celebração deste Contrato, desde que solicitado pelo beneficiário titular.
- 8.8. Em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Contrato, exceto, para as seguintes hipóteses:
- a) os filhos dos beneficiários, nascidos ou adotados (recém-nascidos) na vigência deste Contrato, e incluídos no respectivo Plano até 30 (trinta) dias após a data do nascimento ou adoção ou do deferimento da guarda provisória, ficarão isentos do

cumprimento dos períodos de carência, além de, quando nascidos de partos cobertos pelo Plano de Saúde, ou seja, aquele que tenha sido realizado após o período de carência de 300 dias previsto neste contrato, não estarão sujeitos a alegação pela CONTRATADA, de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando a coberturas parciais temporárias ou agravos nos valores das MENSALIDADES.

b) em caso de inscrição de filhos adotivos do (a) beneficiário, menores de doze (12) anos de idade, serão aproveitados, quando houver, os períodos de carência já cumpridos pelo (a) beneficiário (a) adotante.

8.9. As alterações no quadro de beneficiários titulares da INTERVENIENTE, decorrentes de admissões ou demissões, novas associações ou filiações, serão comunicadas à CONTRATADA pela INTERVENIENTE.

8.10. A movimentação cadastral, de inclusão e exclusão de beneficiários deverá ser realizada pela INTERVENIENTE entre os dias escolhidos no Anexo ao presente contrato, mediante o envio do relatório de movimentação cadastral do mês, acompanhado dos formulários assinados pelo titular com toda a documentação necessária.

8.11. A INTERVENIENTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, quando esta solicitar, cópia de outros documentos comprobatórios de seu quadro de pessoal, associativo ou de filiados.

8.12. Somente serão excluídos do presente Contrato, os beneficiários que apresentar as seguintes situações:

- a) perder o vínculo jurídico com a INTERVENIENTE;
- b) nos casos de morte;
- c) nos casos de perda da condição de dependente;
- d) nos casos de fraude comprovada, com o intuito de omitir a doença e lesão preexistente;
- e) nos casos de rescisão do presente Contrato;
- f) nos casos de inadimplência do beneficiário com relação a co-participação financeira nos casos de internação psiquiátrica;
- g) nos casos de solicitação espontânea de exclusão do beneficiário.

8.13. A exclusão dos beneficiários titulares dar-se-á, automaticamente, com a perda do vínculo jurídico com a INTERVENIENTE, juntamente com os seus dependentes, desde que não manifestado, pelo titular, o interesse em permanecer no Plano de Saúde, na forma disposta no artigo 30 da Lei 9.656/98, devendo tal fato ser comunicado, por escrito, pelo BENEFICIÁRIO à CONTRATADA.

8.14. Os beneficiários dependentes serão excluídos quando da perda da condição de dependência de que trata a cláusula específica do presente contrato. Esta exclusão dar-se-á, automaticamente, no primeiro dia do mês subsequente a data do evento que ocasionou a perda da dependência.

8.15. A exclusão do titular se opera a partir do primeiro dia do mês subsequente à desvinculação da INTERVENIENTE.

8.16. A exclusão por morte ou nos casos de rescisão do contrato, dar-se-á, automaticamente no dia seguinte ao acontecimento ou da rescisão.

- 8.17. A exclusão por fraude comprovada dar-se-á no primeiro dia do mês subsequente da decisão proferida no julgamento por parte da ANS, e a exclusão em razão da inadimplência da co-participação financeira se dará automaticamente quando completado os 60 dias de inadimplência desde que a CONTRATADA tenha notificado o beneficiário até o 50º dia de inadimplência do beneficiário.
- 8.18. Quando da exclusão, o Beneficiário deverá devolver à CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário titular e, se houver de seus dependentes.
- 8.19. As despesas decorrentes do atendimento de beneficiário que perdeu essa qualidade, cuja exclusão não tenha sido comunicada à CONTRATADA, nos termos do disposto no presente contrato, serão de responsabilidade do BENEFICIÁRIO.
- 8.20. A INTERVENIENTE deverá enviar, mensalmente, à CONTRATADA xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de servidores afastados por doença e que estejam recebendo auxílio, e as comunicações de acidente do trabalho ocorridas no mês, quando for o caso.

IX- DA COBERTURA ASSISTENCIAL E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 9.1. Está compreendido neste Contrato o atendimento AMBULATORIAL a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, de acordo com o rol de procedimentos editado pela ANS (RN 167/2007) e suas posteriores alterações.
- 9.2. Estão incluídas, no referido atendimento, as CONSULTAS MÉDICAS e PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS em números ilimitados, em consultórios médicos e clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, expressamente indicados no “Manual do Beneficiário”, em anexo.
- 9.3. SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS: igualmente, os beneficiários deste Contrato, terão direito aos serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista, para o tratamento a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde (CID-10), de acordo com o rol de procedimentos vigente editado pela ANS (RN 167/2007) e suas posteriores atualizações.
- 9.4. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS: Estão cobertos pelo presente contrato os procedimentos considerados especiais realizados a nível ambulatorial, tais como: a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD; b) quimioterapia oncológica ambulatorial; c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc); hemoterapia ambulatorial; e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; f) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos da ANS.
- 9.5. Estão incluídos na cobertura do plano ambulatorial, os seguintes procedimentos:
- a) cobertura de 6 (seis) consultas e/ou sessões por ano com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicação do médico assistente.

b) cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

9.6. Os beneficiários titulares inscritos no presente Contrato e seus dependentes terão direito, também, à cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde (Cid 10), de acordo com o rol de procedimentos vigente editado pela ANS (RN 167/2007) e suas posteriores atualizações, desde que solicitadas pelo médico assistente.

9.7. Estão incluídas no presente Contrato, em casos de internação hospitalar:

I) cobertura de internações hospitalares, inclusive em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazos, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

II) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

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

IV) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

V) cobertura da remoção do beneficiário paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no presente Contrato;

VI) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes internados menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos ou ainda para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

VII) cobertura de cirurgia plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, INCLUSIVE a cirurgia reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

VIII) PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM INTERNAÇÃO: estão cobertos pelo presente contrato os procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar: a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD; b) quimioterapia; c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia; d) hemoterapia; e) nutrição parenteral e enteral; f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica; g) embolizações e radiologia intervencionista; h) exames pré anestésicos ou pré-cirúrgicos; i) fisioterapia; j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e

tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto o fornecimento de medicamento de manutenção.

IX) as próteses cobertas pela CONTRATADA são as ligadas ao ato cirúrgico.

X) cobertura a transplantes autólogos.

XI) cobertura de CIRURGIAS BUCO-MAXILO-FACIAL que necessitem de ambiente hospitalar.

9.8. As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto.

9.9. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por conta da INTERVENIENTE, todas as despesas decorrentes da internação.

9.10. Os beneficiários inscritos no presente Contrato terão direito em caso de internação hospitalar, a acomodações **COLETIVAS (padrão ENFERMARIA)**.

9.11. Em casos de comprovada indisponibilidade de leito hospitalar no padrão de acomodação previsto no presente Contrato, o beneficiário terá acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

9.12. Caso o beneficiário opte expressamente, no ato da internação, por acomodação hospitalar superior à prevista no presente contrato, se responsabilizará pelo valor da diferença de custos, diretamente, perante o hospital.

9.13. Os beneficiários do presente Contrato terão direito, igualmente, a cirurgias de transplantes de CÓRNEA e de RIM, encontrando-se incluídas nesta cobertura todas as despesas com procedimentos vinculados e as necessárias à realização do transplante, tais como:

a- despesas assistenciais com doadores vivos;

b- medicamentos utilizados durante a internação;

c- acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio, exceto o fornecimento de medicamentos de manutenção;

d- despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

9.14. Os beneficiários sujeitos a esse procedimento cirúrgico, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doadores cadáveres, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

- 9.15. ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM NASCIDO: Terão, ainda, direito, assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada integrante do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA, e assistência neo-natal, compreendendo assistência ambulatorial e hospitalar imediata aos recém-nascidos, filhos naturais ou adotivos, no berçário, no centro de tratamento intensivo ou similares, a qualquer hora do dia ou da noite, durante o período máximo de 30 dias após o parto. Se, dentro desse prazo de 30 dias, os pais efetuarem a inscrição do recém nascido no plano, ele ingressará isento de qualquer carência, cabendo à CONTRATADA dar seguimento ao atendimento, até a sua alta médica.
- 9.16. Está incluído na assistência obstétrica a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto, e pós-parto imediato.
- 9.17. TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: estão cobertos pelo presente Contrato, os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas:
- 9.18. No regime ambulatorial estão cobertos:
- a) atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
 - b) atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.
 - c) Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente
- 9.19. Em regime hospitalar estão cobertas as internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais.
- 9.20. O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- 9.21. Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar, exceda o prazo de 30 dias supra, o beneficiário passará a ter cobertura mediante o pagamento de co-participação financeira sob a forma de percentual, calculada sobre o valor da diária hospitalar, conforme tabela abaixo:

30% do valor das diárias e taxas hospitalares, dos honorários médicos, dos exames complementares, e dos materiais médico-hospitalares e medicamentos.

- 9.22. O beneficiário pagará a co-participação financeira diretamente para a CONTRATADA após a utilização dos serviços através de boleto bancário.
- 9.23. Estão cobertos, por este Contrato, além dos 30 dias de internação psiquiátrica para os transtornos em situação de crise, mais 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia.
- 9.24. Para os diagnósticos F00- F09, F20- F29, F70- F79, F-90-F98, devidamente relacionados no CID 10, a cobertura de internação psiquiátrica para transtornos em situação de crise em regime de hospital dia será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.
- 9.25. O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.
- 9.26. Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar, exceda o prazo de 15 dias supra, o beneficiário passará a ter cobertura mediante o pagamento de co-participação financeira sob a forma de percentual, calculada sobre o valor da diária hospitalar conforme tabela abaixo:

30% do valor das diárias e taxas hospitalares, dos honorários médicos, dos exames complementares, e dos materiais médico-hospitalares e medicamentos.

- 9.27. O beneficiário pagará a co-participação financeira diretamente para a CONTRATADA após a utilização dos serviços através de boleto bancário.
- 9.28. A CONTRATADA encaminhará junto com o boleto bancário um extrato de utilização para a conferência da co-participação quando houver.

X- DA COBERTURA PARA AS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 10.1. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES À DATA DA ASSINATURA DO PRESENTE CONTRATO: Estão cobertas pelo presente Contrato, as doenças e lesões preexistentes, que são aquelas das quais os beneficiários saibam ser portadores ou sofredores à época da sua adesão ao Plano de Saúde. Essa cobertura se dará da seguinte forma:
- 10.2. Caso, quando do preenchimento da proposta de adesão ao presente Contrato, ou de inclusão de beneficiário no Plano, seja declarada pelo pretense beneficiário titular e/ou por seus dependentes, em entrevista qualificada, ou seja constatada pela CONTRATADA através de exames clínicos e/ou laboratoriais ou perícias que algum (ns) dos beneficiários e/ou dependentes a serem inscritos, seja (m) portador (es) de qualquer doença ou lesão passíveis de procedimentos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia e de realização de procedimentos de alta complexidade, o beneficiário titular optará pela cobertura parcial temporária de referida doença ou lesão, por meio de declaração expressa, ou pela sua cobertura integral, mediante um agravio no valor da taxa mensal.
- 10.3. Para fins do presente Contrato, entende-se por cobertura parcial temporária, a suspensão, por um prazo de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de

alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade classificados como tal através de norma específica da ANS, relacionados exclusivamente à da doença ou lesão preexistente; entende-se por agravo, o acréscimo, no valor da contraprestação pecuniária, em virtude da opção, pelo beneficiário titular, da cobertura integral da doença ou lesão preexistente.

- 10.4. Quando da opção pela cobertura parcial temporária decorridos os 24 (vinte e quatro) meses, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral.
- 10.5. Nos casos em que for solicitado, a fórmula do cálculo do agravo será elaborado pela CONTRATADA para cada caso concreto, e estará disponível para verificação da ANS, sempre que for necessário.
- 10.6. Por se tratar de um Contrato de Plano Coletivo Por Adesão, se a INTERVENIENTE inscrever número de beneficiários igual ou maior que 50 (cinquenta), a CONTRATADA não poderá exigir a Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistentes.

XI- DA ENTREVISTA QUALIFICADA:

- 11.1. A CONTRATADA entregará a INTERVENIENTE, os formulários de Entrevista Qualificada, para que os beneficiários titulares possam preencher em seu nome e dos seus dependentes.
- 11.2. O beneficiário poderá escolher um médico dentre os pertencentes a rede credenciada da CONTRATADA para auxiliá-lo no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 11.3. Caso opte por médico não pertencente a lista de credenciados da CONTRATADA, o beneficiário deverá arcar com o ônus financeiro da consulta.
- 11.4. O beneficiário titular é obrigado a informar à CONTRATADA, no ato da sua inclusão e dos seus dependentes, quando solicitado, a condição sabida de lesão ou doença preexistente, antes da assinatura do Contrato, sob pena de imputação de fraude sujeito à perda da condição de beneficiário do plano, sem prejuízo de medidas judiciais cabíveis.
- 11.5. É facultado à CONTRATADA, o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários titulares e ou seus dependentes da INTERVENIENTE, quando da inclusão no plano, para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.
- 11.6. Fica expressamente vedada a alegação de doença e lesão preexistente após a entrevista qualificada se por ventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário.
- 11.7. A CONTRATADA reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o beneficiário inscrito no presente plano.
- 11.8. Caso seja identificado pela CONTRATADA, que o beneficiário titular omitiu a informação na declaração de saúde sobre a existência de doença preexistente, deverá notificar esse fato ao beneficiário por escrito, sobre o referido comportamento.

- 11.9. Caso o beneficiário não concorde com a alegação de que omitiu a informação na declaração de saúde sobre a existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação da CONTRATADA no prazo de até 10 dias, contados do recebimento da notificação, para que a CONTRATADA possa encaminhar toda documentação à ANS que fará o julgamento administrativo da procedência da alegação.
- 11.10. Enquanto perdurar o processo administrativo junto à ANS não será permitida a suspensão do atendimento ao beneficiário ou a negativa de cobertura assistencial ou a exclusão do beneficiário do plano em razão da preexistência investigada.
- 11.12. Sendo julgada procedente a alegação da CONTRATADA, o beneficiário será excluído do plano, juntamente com seus dependentes, e passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação realizada pela CONTRATADA.

XII- DA COBERTURA PARA OS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 12.1. Estão cobertos pelo presente Contrato os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, entendendo-se, para os fins do presente Contrato, e nos termos da Lei 9.656/98, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário paciente, caracterizado por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
- 12.2. Os atendimentos a que se refere o subitem anterior estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessária, observados os seguintes termos:-
- 12.3. Os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, serão integralmente cobertos pelo presente contrato, após as 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário no plano.
- 12.4. Os casos de complicações no processo gestacional, ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar, terão cobertura, em REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.
- 12.5. Os casos de emergência, ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou durante a cobertura parcial temporária para DLP, terão cobertura, em REGIME AMBULATORIAL, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.
- 12.6. Em havendo acordo de cobertura parcial temporária para doença e lesões preexistentes ou nas hipóteses de atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional durante o período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de utilização de leitos de alta tecnologia, realização de procedimentos de alta complexidade ou de eventos cirúrgicos, a responsabilidade financeira passará a ser da INTERVENIENTE.

XIII- DA COBERTURA PARA A REMOÇÃO INTERHOSPITALAR

- 13.1. Está assegurada a cobertura da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no presente Contrato.
- 13.2. Fica assegurada a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, desde que caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do tratamento.
- 13.3. Nos atendimentos de urgência e emergência relacionados a doença preexistente, ocorridos durante os prazos de CPT, ou nos casos de complicações no processo gestacional ou de atendimento de emergência durante o prazo de carência para internação hospitalar, ultrapassada as 12 horas de atendimento, ou antes desse período houver a necessidade de internação em leitos de alta tecnologia, ou de realização de procedimentos de alta complexidade ou eventos cirúrgicos, o beneficiário terá direito, sob responsabilidade da CONTRATADA, à remoção para uma unidade de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS.
- 13.4. Quando não possa haver remoção por risco de vida do beneficiário-paciente, a INTERVENIENTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim, a CONTRATADA, desse ônus financeiro.
- 13.5. 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.
- 13.6. Caso o beneficiário-paciente e/ou seus responsáveis optarem, expressamente, mediante um termo de responsabilidade, pela continuidade de atendimento em unidade diferente, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica, assim como da responsabilidade financeira da remoção.

XIV – DO DIREITO AO REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- 14.1. Quando da impossibilidade de utilização pelos beneficiários inscritos no presente Plano, dos serviços credenciados pela CONTRATADA dentro da área geográfica de abrangência do plano, para os atendimentos de urgência e de emergência, a CONTRATADA procederá ao reembolso das despesas experimentadas pelo beneficiário e/ou pelo seu dependente, devidamente inscrito no presente Contrato, de acordo com a Tabela de Reembolso do plano, parte integrante do contrato, que não poderá ser inferior ao praticado pela rede credenciada da CONTRATADA.
- 14.2. O reembolso das despesas a que alude o presente subitem será efetuado no prazo máximo de trinta (30) dias após a entrega à CONTRATADA, pelos beneficiários, da seguinte documentação:
 - 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) conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

- c) relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- d) declaração do médico assistente especificando a razão da emergência.

14.3. O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 12 meses contados da data do atendimento. O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.

14.4. A CONTRATADA não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário.

XV – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

15.1. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NESTE CONTRATO, como obrigação da CONTRATADA de cobrir os procedimentos relativos a:

- a) TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;
- b) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;
- c) INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL;
- d) TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO E DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;
- e) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;
- f) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;
- g) FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS, NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- h) TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
- i) CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- j) TRANSPLANTES, EXCETO DE CÓRNEA E DE RIM, BEM COMO, DOS TRANSPLANTES AUTOLOGOS LISTADOS NO ANEXO I DA RN 167;
- k) CONSULTAS DOMICILIARES;
- l) PROCEDIMENTOS RELACIONADOS COM ACIDENTE DE TRABALHO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, MOLÉSTIAS PROFISSIONAIS E RELACIONADOS COM A SAÚDE OCUPACIONAL;
- m) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PACIENTES TRANSPLANTADOS;

- n) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS;
- o) TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS E CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS.

XVI- DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO PRESENTE CONTRATO:

- 16.1. O presente Contrato vigorará pelo período mínimo de 12 meses, com início no ato da assinatura do contrato pelas partes INTERVENIENTE e CONTRATADA.
- 16.2. Após o período de vigência inicial, o presente contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, isento do pagamento de taxas ou outro valor, se não for denunciado pelas partes.

XVII- DA RESCISÃO CONTRATUAL:

- 17.1. O presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente, por qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência.
- 17.2. O presente Contrato poderá ser rescindido, também, pelo cometimento de falta grave por quaisquer das partes, considerando falta grave, para fins e efeitos do presente contrato, o descumprimento de quaisquer das cláusulas, ou atraso no pagamento de 2 faturas ou mais.
- 17.3. Em caso de cancelamento do presente contrato, será garantida a possibilidade dos beneficiários titulares migrarem para um plano de contratação individual familiar, com o aproveitamento das carências cumpridas no presente contrato.
- 17.4. O oferecimento dessa garantia aos beneficiários titulares inscritos no presente contrato, fica condicionado a situação da CONTRATADA em manter um produto individual e familiar, devidamente registrado na ANS.

XVIII – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA PARA A UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS:

- 18.1. Para terem direito as garantias de coberturas de que trata o presente instrumento, os beneficiários deverão observar os seguintes prazos de carências:
 - a) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: para o atendimento ambulatorial e hospitalar relacionado a acidentes pessoais.
 - b) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: para o atendimento ambulatorial de emergência durante as primeiras 12 horas, para as doenças e lesões preexistentes declaradas na entrevista qualificada e que sejam objeto de cobertura parcial temporária;
 - c) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: para o atendimento ambulatorial de emergência e de complicações no processo gestacional durante as primeiras 12 horas, quando ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou parto;
 - d) 24 (VINTE E QUATRO) HORAS: remoção para o SUS, quando ultrapassado o prazo de 12 horas de atendimento ambulatorial de emergência e/ou urgência;

e) 30 (TRINTA) DIAS: Consultas Médicas; Exames de Análises Clínicas e Histocitopatológicas, **exceto necrópsias e os constantes da letra “g”**; Exames Radiológicos simples sem contraste; Exames e Testes Otorrinolaringológicos, exceto videolaringostroboscopia computadorizada; Eletrocardiograma convencional; Eletroencefalograma convencional, Inaloterapia; Provas Funcionais Respiratórias;

f) 90 (NOVENTA) DIAS: Cirurgias de porte anestésico 0 (zero) a nível ambulatorial; Densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; Endoscopias Diagnósticas, em regime ambulatorial; Exames e Testes Alergológicos; Exames Radiológicos com Contraste, **exceção feita aos constantes da letra “e”**; Fisioterapia; Eletrocardiografia Dinâmica (Holter); Teste Ergométrico; Ultrassonografia, **à exceção dos constantes da letra “g”**, Perfil Biofísico Fetal e Tococardiografia;

g) 120 (CENTO E VINTE) DIAS: Exames de Análises Clínicas pelo Método Pesquisa P.C.R. e Histocitopatológicos por Histoquímica; Hibridização Molecular; Pesquisa de Anticorpos Anti- HTL III (HIV)-Western-Blot; Ecocardiografia-Ecodoppler; Eletroencefalograma prolongado; Videolaringostroboscopia computadorizada; Mapeamento Cerebral; Polissonografia; Potencial Evocado, Eletromiografia; Eletroneuromiografia; e Dopplerfluxometria; Ultrassonografia Morfológica e Ultrassonografia com Doppler;

h) 180(CENTO E OITENTA) DIAS: Exames Diagnósticos e Cirurgias por Videolaparoscopia; Videolaparoscopia Diagnóstica; Cintilografia; Diálise Peritoneal;Diálise Peritoneal-CAPD; Hemodiálise; Hipertermia Prostática; Internações Clínicas ou Cirúrgicas Eletivas e Psiquiátricas; Litotripsia; Medicina Nuclear; Mielografia; Quimioterapia; Radioterapia; Ressonância Nuclear Magnética; Tomografia Computadorizada; Transfusão de Sangue e Hemoderivados; Angiografia; Angioplastia; Arteriografia; Cineangiocoronariografia; Próteses e Órteses; Procedimentos de Hemodinâmica; Neuroradiologia; Necrópsia; Radiologia Intervencionista; Transplantes de RIM e CÓRNEA; Transplantes Autologos; Implantes; Cirurgias Cardiovasculares; Cirurgias Neurológicas; Cirurgias para Tratamento de Doenças Neoplásicas Malignas, Cirurgias para Tratamento de Doenças Infecto-Contagiosas (inclusive AIDS, consultas e sessões com nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, e todos os demais procedimentos que não estiverem relacionados nos itens anteriores;

i) 300 (TREZENTOS) DIAS – Partos a termo;

18.2.O início da contagem do prazo de carência começa a partir da data de adesão do beneficiário titular ou dependente ao plano.

XIX- DA UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA E DO ACESSO AS COBERTURAS:

19.1.A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários inscritos no presente Plano de Saúde, para a garantia da cobertura da assistência ora contratada, centros médicos, ambulatorios, laboratórios, consultórios, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constantes do "Manual de Orientação do Beneficiário" anexo ao presente Contrato, que dele faz parte integrante para todos os efeitos legais.

19.2.A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado "Manual de Orientação do

Beneficiário", sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

- 19.3. Quando houver substituição de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá dar ciência escrita à INTERVENIENTE e à ANS, assim como aos beneficiários do Plano, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 19.4. A CONTRATADA manterá sempre atualizado em seu site na Internet, para a consulta de seus beneficiários, a relação de seus prestadores de serviços vinculados a cada tipo de plano.
- 19.5. A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei no 9.656/98, mediante autorização da ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no referido "Manual de Orientação do Beneficiário".
- 19.6. Em ocorrendo às substituições a que aludem os itens anteriores, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.
- 19.7. Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários, regularmente inscritos no presente Contrato, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.
- 19.8. Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração, às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do paciente-beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.
- 19.9. A CONTRATADA fornecerá à INTERVENIENTE, para a entrega aos beneficiários do plano, Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com outro documento oficial de identificação do beneficiário paciente.
- 19.20. Para a utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o beneficiário deverá entrar em contato com a central de atendimento da CONTRATADA, que o orientará na forma prevista no Manual de Orientação do Beneficiário, parte integrante do contrato.
- 19.21. Para o atendimento previsto em todos os planos o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:
 - a) Cartão de Identificação do beneficiário;
 - b) Documento oficial de identidade do beneficiário-paciente, preferencialmente com foto;
 - c) guia de autorização emitida e assinada pela CONTRATADA.

- 19.22. Para obter a guia de autorização o beneficiário deverá se dirigir a administração do plano de saúde, munido dos documentos de identificação, e apresentar a solicitação médica de internação justificada.
- 19.23. Caso seja necessário para emitir a guia de autorização, critério da CONTRATADA, esta poderá solicitar a realização de exames clínicos, ou perícias, que deverá se realizar no prazo máximo de 1 dia útil contados da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.
- 19.24. Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse se dará através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico auditor da CONTRATADA, e por um terceiro desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.
- 19.25. Não havendo consenso sobre a escolha do profissional desempatador, sua designação será solicitada ao Conselho Regional de Medicina.
- 19.26. Todos os procedimentos contratados deverão ser autorizados pela CONTRATADA, exceto nos casos de urgência e emergência.
- 19.27. As internações feitas em caráter de emergência deverão ser comunicadas até 48 horas à CONTRATADA pelo beneficiário, mediante a apresentação da declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente.
- 19.28. A CONTRATADA se obriga a dar completa assistência e orientação à INTERVENIENTE, para a correta utilização dos serviços contratados por parte dos beneficiários.
- 19.29. A INTERVENIENTE se obriga a esclarecer, plenamente, os seus beneficiários sobre as condições de inscrição e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

XX- DA REMUNERAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

- 20.1. Os valores das taxas mensais *per capita* - constarão de documento em anexo ao presente Contrato e que pelas partes assinado fica fazendo parte integrante do mesmo - serão cobradas pelo sistema de ***pré-estabelecido***.
- 20.2. O valor total da fatura mensal que a INTERVENIENTE efetuará à CONTRATADA, resultará da multiplicação do número dos beneficiários pelo valor *per capita* vigente no mês considerado, de acordo com a faixa etária do beneficiário.
- 20.3. O valor da remuneração contratual será discriminado em fatura emitida mensalmente facultando-se à CONTRATADA.
- 20.4. As faturas deverão ser quitadas pela INTERVENIENTE no sistema de pré-pagamento, no mês de competência.
- 20.5. A data para pagamento das faturas será escolhida através de documento anexo ao presente instrumento.

- 20.6. Em caso de atraso na liquidação, a INTERVENIENTE deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia.
- 20.7. O BENEFICIÁRIO se obriga a pagar todos os impostos, taxas e contribuições que incidem ou venham a incidir sobre este contrato.
- 20.8. No ato da assinatura deste Contrato, a INTERVENIENTE pagará à CONTRATADA uma taxa de implantação, cujo valor será estabelecido em documento anexo ao presente.
- 20.9. As segundas vias do cartão de identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, a razão de 10% sobre o valor da mensalidade individual do beneficiário.

XXI- DOS REAJUSTES:

- 21.1. Os reajustes financeiros da Taxa Mensal de Manutenção serão efetivados nos termos da Lei nº 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.
- 21.2. Será utilizado para o reajuste das taxas mensais do plano, a variação do Índice IGPM, ou, na impossibilidade de utilização do índice mencionado, um outro índice que o substitua, na menor periodicidade autorizada pela legislação vigente, ou determinada pelo órgão federal competente.
- 21.3. Além e independente da modalidade de reajuste financeiro estipulado no subitem anterior, fica pactuado que as taxas mensais do plano sofrerão reajustes sempre que a sinistralidade ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento) da receita, a cada período de três meses, consecutivos ou não, sendo certo que a revisão desses valores será efetuada pelo recálculo técnico das mensalidades, considerando o total das receitas e despesas verificadas nos últimos 6 (seis) meses imediatamente anteriores ao do recálculo.
- 21.4. Os reajustes financeiros e técnicos aplicados serão comunicados à ANS, anualmente, na data do aniversário do contrato conforme dispuser a Resolução Normativa RN 128 editada pela ANS, e as posteriores que vierem a substituí-la.
- 21.5. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da mensalidade, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

Nº	Faixa Etária	Aplicação	Percentual de Acréscimo
1	00-18	NÃO TEM	NÃO TEM
2	19-23	Ao completar 19 anos	27,28%
3	24-28	Ao completar 24 anos	13,06%
4	29-33	Ao completar 29 anos	11,14%
5	34-38	Ao completar 34 anos	17,15%

6	39-43	Ao completar 39 anos	18,16%
7	44-48	Ao completar 44 anos	23,15%
8	49-53	Ao completar 49 anos	22,71%
9	54-58	Ao completar 54 anos	36,07%
10	59 ou mais	Ao completar 59 anos	31,77%

21.6. Fica estabelecido que o valor fixado para a faixa 10 não poderá ser superior a seis (6) vezes o valor da faixa 1, e que a variação acumulada entre a faixa 7 e a faixa 10, não poderá ser superior a variação acumulada entre a faixa 1 e a faixa 7.

XXII- DO PLANO DE CONTINUIDADE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA:

22.1. Aos beneficiários titulares com vínculo empregatício com a INTERVENIENTE, que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da INTERVENIENTE, por haverem sido demitidos sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário inativo, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho.

22.2. A permanência no plano ora aludida está vinculada aos seguintes prazos e condições:

a) A permanência no Plano do ex-SERVIDOR, será por período igual a um terço do tempo de contribuição para o plano, sendo assegurado o período mínimo de seis meses e máximo de vinte e quatro meses.

b) O ex-servidor deverá assumir o pagamento integral da mensalidade.

c) O ex-servidor deverá manter no plano, obrigatoriamente, todos os seus dependentes, inscritos como tal quando da vigência do contrato de trabalho.

d) O ex-servidor deverá optar pela manutenção do benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após o seu desligamento da entidade INTERVENIENTE, em resposta à comunicação formalizada pela INTERVENIENTE no ato da rescisão do contrato de trabalho.

22.3. A opção por permanecer no presente Contrato, deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego.

22.4. Em caso de morte do beneficiário titular, durante o gozo dos benefícios de continuidade de ex-servidor, os seus dependentes cobertos pelo Plano terão direito de permanência, durante os períodos fixados e mediante o pagamento da respectiva mensalidade a eles correspondente.

22.5. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-beneficiário é decadencial.

XXIII- DO PLANO DE CONTINUIDADE DO APOSENTADO:

23.1. Aos beneficiários titulares, com vínculo empregatício com a INTERVENIENTE, que tenham contribuído para o presente Plano, desligados do quadro de pessoal da INTERVENIENTE, por haverem adquirido direito a aposentadoria, é assegurado o di-

reito de manutenção, como beneficiário inativo, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho.

23.2. A permanência no Plano ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:

- a) Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, por prazo indeterminado.
- b) Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.

23.3. A permanência do aposentado no plano deverá ainda respeitar as seguintes condições:

- a) O aposentado deverá assumir o pagamento integral da mensalidade, ou seja, a soma das contribuições patronal (INTERVENIENTE), e do servidor.
- b) O aposentado deverá manter no plano, obrigatoriamente, todos os seus dependentes, inscritos como tal quando da vigência do contrato de trabalho.
- c) O aposentado deverá optar pela manutenção do benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após o seu desligamento da empresa INTERVENIENTE, em resposta à comunicação formalizada pela INTERVENIENTE no ato da rescisão do contrato de trabalho.

23.4. A opção por permanecer no presente Contrato, deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego.

23.5. Em caso de morte do beneficiário titular, durante o gozo dos benefícios de continuidade de ex-servidor e aposentado, os seus dependentes cobertos pelo Plano terão direito de permanência, durante os períodos fixados e mediante o pagamento da respectiva mensalidade a eles correspondente.

23.6. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-beneficiário é decadencial.

XXIV- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

24.1. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer procedimento do beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato, e em correspondência posterior complementar expressamente assinada entre a INTERVENIENTE e CONTRATADA.

24.2. Modificações das cláusulas deste contrato serão admitidas nos casos admitidos pela Lei e Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

24.3. Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre as INTERVENIENTES.

24.4. Nos termos do disposto no artigo 6º da Resolução RDC n.º 64, de 10 de abril de 2.001, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas posteriores atualizações, as partes INTERVENIENTES se comprometem a agir de acordo com os princípios

éticos, estabelecidos na Resolução CFM nº 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988, principalmente no que se refere ao sigilo médico.

24.5. A CONTRATADA não se responsabiliza por quaisquer informações ou promessas que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a INTERVENIENTE e os beneficiários e que não sejam aqueles previstos neste contrato, exceto se previamente aprovados por escrito pela CONTRATADA.

24.6. Quando houver a alteração de Plano, a mesma deverá se estender a todo o grupo familiar inscrito (titular e dependentes).

24.7. Para a alteração de plano serão observados os mesmos períodos de cadastramento previstos neste contrato, respeitado a mesma sistemática administrativa para inclusões de novos beneficiários.

XXV- DO FORO DE ELEIÇÃO

25.1. As partes elegem, como privilegiado, o foro da sede da INTERVENIENTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Contrato.

E, assim, por estarem concordes nos termos acima as partes INTERVENIENTES firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, juntamente e, assistidas por duas testemunhas.

Campinas, em ____/____/____.

A INTERVENIENTE: _____

A CONTRATADA: _____

Testemunhas:

Nome:
R.G

Nome:
R.G:

ANEXO AO CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

SEGMENTAÇÃO – AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA

CONTRATAÇÃO – COLETIVO POR ADESÃO

PLANO – 448.971/04-5

NOME DO PRODUTO – PLANO GLOBAL PLENO ADESÃO

ACOMODAÇÃO - COLETIVA

1. Com referência, ao item **V – Do Tipo de Contratação**, parágrafo 5.2. serão considerados beneficiários titulares do presente Contrato os Servidores Municipais Ativos.
2. Com referência, ao item **VIII – Das Condições de Admissão e Exclusão de Beneficiários**, parágrafo 8.1. serão considerados beneficiários titulares do presente Contrato os Servidores Municipais Ativos.
3. Com referência, ao item **VIII – Das Condições de Admissão e Exclusão de Beneficiários**, parágrafo 8.5. caberá a Contratada providenciar a inclusão no plano de saúde dos titulares e dependentes, interessados a qualquer tempo, através da ficha de inscrição própria da Contratada, a ser por ela fornecida sempre que necessário, contendo os dados pessoais dos beneficiários titulares bem como de seus dependentes.
4. Com referência, ao item **VIII – Das Condições de Admissão e Exclusão de Beneficiários**, parágrafo 8.6. as fichas de inscrição deverão ser preenchidas e assinadas pelos beneficiários titulares e entregues para a Contratada juntamente com a seguinte documentação:
 - a) Contracheque, do titular, referente ao último salário, na condição de funcionário ativo da PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, na ADMINISTRAÇÃO DIRETA;
 - b) CPF – cópia
 - c) RG – cópia
 - d) Comprovante de Endereço (conta de água, luz ou telefone, em nome do beneficiário titular) – cópia;
 - e) Certidão de Casamento – cópia
 - f) Declaração de Companheiro (modelo fornecido pela Contratada);
 - g) Certidão de nascimento, para dependentes menores, que ainda não tenha RG – cópia;
5. Fica sem efeito o disposto nos itens 8.9., 8.10. e 8.11. das condições gerais do plano privado de assistência à saúde.
6. Com referência, ao item **VIII – Das Condições de Admissão e Exclusão de Beneficiários**, parágrafo 8.20. não se aplica ao Presente Contrato, pois não há guia de Recolhimento da Contribuição para INSS.

7. Com referencia, ao item **IX – Da Cobertura Assistencial e dos Procedimentos Garantidos**, parágrafo 9.9. Caso o beneficiário continue hospitalizado após alta medica, passarão a correr, inteiramente por conta do beneficiário, todas as despesas decorrentes da internação.
8. Com referencia, ao item **IX – Da Cobertura Assistencial e dos Procedimentos Garantidos**, parágrafo 9.24. Para os diagnósticos **F00**-demência por doença de alzheimer, **F01**-demência vascular, **F02**-demência em outras doenças classificadas em outra parte, **F03**-demência não especificada, **F04**-síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas, **F05**-delirium não induzidos pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas, **F06**-outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e a doença física, **F07**-transtornos de personalidade e do comportamento devido a doenças e lesão e disfunção cerebral, **F-08**, **F09**-transtorno mental orgânico ou sintomático, **F20**-esquizofrenia, **F21**-transtornos esquizotípicos, **F22** – transtornos delirantes persistentes, **F23**- transtornos psicóticos agudos e transitórios, **F24**- transtornos delirante induzido, **F25**- transtornos esquizoafetivos, **F26**, **F27**, **F28**- outros transtornos psicóticos não orgânicos, **F29**- psicose não orgânica não especificada, **F70**-retardo mental leve, **F71**-retardo mental moderado, **F72**-retardo mental grave, **F73**-retardo mental profundo, **F-74**, **F75**, **F76**, **F77**, **F78**-outro retardo mental, **F79**-retardo mental não especificado, **F90**-transtornos hiperkinéticos, **F91**-distúrbios de conduta, **F92**-transtornos mistos de conduta e emoções, **F93**-transtornos emocionais com início especificamente na infância, **F94**-transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância e adolescência, **F95**-tiques, **F-96**, **F97** e **F98**-outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência, devidamente relacionados no CID 10, a cobertura de internação psiquiátrica para transtornos em situação de crise em regime de internação hospital dia, será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.
9. Com referencia, ao item **XI – Da Entrevista Qualificada**, parágrafo 11.1. A Contratada entregará ao beneficiário, os formulários de entrevista qualificada, para que os beneficiários titulares possam preencher em seu nome e de seus dependentes.
10. Com referencia, ao item **XII – Da Cobertura para os Procedimentos de Urgência e Emergência**, parágrafo 12.6. Em havendo acordo de cobertura parcial temporária para doença e lesões preexistentes ou nas hipóteses de atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional durante o período de carência para internação hospitalar, transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento EM REGIME AMBULATORIAL, ou antes desse período, houver a necessidade de utilização de leitos de alta tecnologia, realização de procedimentos de alta complexidade ou de eventos cirúrgicos, a responsabilidade financeira passará a ser do Beneficiário Titular.
11. Com referencia, ao item **XIII – Da Cobertura para a Remoção Interhospitalar**, parágrafo 13.4. Quando não possa haver remoção por risco à vida do beneficiário-paciente, 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 financeiro.
12. Com referencia ao item **XVI – Da Vigência e da Renovação ao Presente Contrato**, parágrafo 16.2. considerando o fato de que a Lei nº 8.666/93 veda a contratação por prazo indeterminado, a redação passará a ser a seguinte: “O presente contrato,

será renovado automaticamente, isento de qualquer taxa de renovação, pelo prazo e na forma legal previstas na Lei nº 8.666/93, se não for denunciado/rescindido pelas partes na forma do previsto no presente contrato.”

13. Com referencia ao item **XVII – Da Rescisão Contratual**, parágrafo 17.1. O presente contrato poderá ser rescindido imotivadamente, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

12.1. Em caso de rescisão do presente contrato, por qualquer uma das partes, a **CONTRATADA** concorda em prestar atendimentos aos beneficiários titulares aderentes e seus dependentes por um período de 60(sessenta) dias.

14. Com referencia, ao item **XVIII – Dos Prazos de Carência para Utilização das Coberturas Assistências:**

13.1. Durante os primeiros 60 (sessenta) dias da data das assinaturas do presente Contrato, a Contratada aproveitará os períodos das carências previstas no item 18.1. para todos os Servidores e seus dependentes, que aderirem ao plano de saúde, objeto do presente Contrato, e que comprovarem a sua permanência como usuário de um plano de saúde nos últimos 60 (sessenta) dias.

15. Com referencia, ao item **XIX – da Utilização da Rede Credenciada e do Acesso às coberturas**, parágrafo 19.9. A **CONTRATADA** fornecerá e entregará aos beneficiários do plano, Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessitados, juntamente com outro documento oficial de identificação do beneficiário paciente.

16. Com referencia, ao item **XIX – da Utilização da Rede Credenciada e do Acesso às coberturas**, parágrafo 19.28. A **CONTRATADA** se obriga a dar completa assistência e orientação ao beneficiário, para a correta utilização dos serviços contratados por parte dos mesmos.

17. Com referencia, ao item **XIX – da Utilização da Rede Credenciada e do Acesso às coberturas**, parágrafo 19.29. A Contratada se obriga a esclarecer, plenamente, aos seus beneficiários sobre as condições de inscrição e de utilização dos serviços ora contratados, visando prevenir erros de expectativa e interpretação.

18. Com referencia, ao item **XX – Da Remuneração e das Condições de Pagamento**, parágrafos 20.4 e 20.5., O município de Campinas providenciará o desconto do valor da mensalidade de cada servidor e de seus dependentes, processando-os em folha de pagamento, mediante expressa autorização do interessado, repassando o montante à **CONTRATADA**, no décimo dia útil do mês subsequente ao de referencia.

17.1. A CONTRATADA, deverá encaminhar a **INTERVENIENTE**, até o dia 15 (quinze), de cada mês, as mensalidades para desconto em folha de pagamento dos servidores que aderiram ao plano de saúde, objeto deste contrato, em meio magnético e de acordo com a formatação fornecida pela **INTERVENIENTE**.

17.2. Mensalmente a **INTERVENIENTE** efetuará o desconto na folha de pagamento dos beneficiários titulares inscritos e seus dependentes e repassará a **CONTRATADA** até o décimo dia útil do mês subsequente ao mês de competência.

17.3. O repasse será feito mediante depósito em conta corrente bancária da **CONTRATADA**, de número 61613, dígito 7, Banco Itaú - 341, Agência 0546, sítio Avenida Dr. Moraes Salles, Campinas, São Paulo, CEP.:13010-002.

19. Com referência, ao item **XX – Da Remuneração e das Condições de Pagamento**, parágrafos 20.8. não haverá cobrança de taxa de implantação.

20. Por este instrumento, Anexo ao Contrato em referência, e em conformidade com o previsto na Cláusula 20.1, a **INTERVENIENTE** se compromete a repassar os valores a serem descontados em folha de pagamento de seus servidores/beneficiários a **CONTRATADA** pela cobertura contratada de acordo com o que segue:

19.1. As taxas mensais serão as seguintes

Faixa Etária	Valor do Plano Global Pleno	N.º Beneficiários	Valor do Plano Global PLENO
0 – 18	R\$73,80	Xxx	Xxx
19-23	R\$84,26	Xxx	Xxx
24-28	R\$96,54	Xxx	Xxx
29-33	R\$108,39	xxx	Xxx
34-38	R\$118,63	xxx	xxx
39-43	R\$134,42	xxx	xxx
44-48	R\$161,73	xxx	xxx
49-53	R\$198,57	xxx	xxx
54-58	R\$261,57	xxx	xxx
59 ou mais	R\$365,49	Xxx	xxx
TOTAL		xxx	xxx

19.2. As taxas mensais previstas no item 17.1. deste anexo, serão reajustadas conforme Cláusula 21.5 das Condições Gerais do Plano Privado de Assistência à Saúde.

19.3. Os preços das contraprestações pecuniárias dos produtos e serviços do Plano de Assistência à Saúde oferecidos no presente contrato serão reajustados anualmente de acordo com o parágrafo 2º do artigo 35 – e da Lei Federal nº.9656, de 03 de junho de 1998, observadas as regras estabelecidas pela Lei Federal nº.10.192, de 14 de fevereiro de 2001.

19.4. O percentual máximo de reajuste a ser aplicado será autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de deliberação de sua diretoria colegiada, a partir de prévia solicitação da Operadora de Plano de Assistência a Saúde.

19.5. Caberá a Contratada informar a Interveniente e aos Servidores Ativos os reajustes a serem praticados com 30 (trinta) dias de antecedência.

21. Com referência, ao item **XXII – Do Plano de Continuidade do Exonerado sem justa causa**, parágrafo 22.1. Aos beneficiários titulares com vínculo empregatício com a INTERVENIENTE, que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da INTERVENIENTE, por terem sido exonerados sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário inativo, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho.

22. Com referencia ao item **XXIII – Do Plano de Continuidade ao aposentado**, fica excluído do presente Contrato o referido item.

23. Tendo em vista a CONTRATADA ser uma empresa operadora de plano privado de assistência à saúde, filiada ao Sistema de Urgência Nacional ABRAMGE, os beneficiários poderão contar com mais esse benefício. Este sistema consiste no atendimento de urgência e emergência, quando em trânsito, fora de seu domicílio, em local em que não haja recursos próprios ou credenciados da CONTRATADA, sem qualquer custo ou cobrança. Para o atendimento, o beneficiário deverá apresentar o seu cartão de identificação do plano e documento de identidade. Para saber onde há os serviços ABRAMGE, o beneficiário deverá ligar para o número 0800-127511.

Campinas, em ____/____/____.

A INTERVENIENTE: _____

A CONTRATADA: _____

Testemunhas:

Nome:
R.G

Nome:
R.G.