CONTRATO
PESSOA JURÍDICA

América Planos de Saúde

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª – Características Gerais do Contrato de Plano de Saúde

CLÁUSULA 2ª – Atributos do Contrato

CLÁUSULA 3ª – Condições de Admissão

CLÁUSULA 4ª – Coberturas e Procedimentos Garantidos

CLÁUSULA 5ª – Exclusão de Cobertura

CLÁUSULA 6ª – Duração do Contrato

CLÁUSULA 7ª – Períodos de Carência

CLÁUSULA 8ª – Doenças e Lesões Preexistentes

CLÁUSULA 9ª – Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção

CLÁUSULA 10ª – Mecanismos de Regulação

CLÁUSULA 11ª – Formação de Preço e Mensalidade

CLÁUSULA 12ª – Reajuste

CLÁUSULA 13ª – Reajuste Por Faixa Etária

CLÁUSULA 14ª – Regras Para Planos Coletivos

CLÁUSULA 15ª – Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário e Exclusões

CLÁUSULA 16ª – Suspensão ou Rescisão Contratual

CLÁUSULA 17ª – Condições Gerais

CLÁUSULA 18ª – Foro

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL **Nº 101014**
AMÉRICA EMPRESARIAL COM CP
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – ACOMODAÇÃO COLETIVA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA: GRUPO DE MUNICÍPIOS

CLÁUSULA 1ª – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

EMPRESA: CONSELHO REGIONAL DE TECNICOS EM RADIOLOGIA 9ª REGIÃO
CNPJ: 36.852.077/0001-37
ENDEREÇO: AV: OESTE, Nº 83, QD. 35ª, LT. 31, SETOR: AEROPORTO, GOIÂNIA- GOIÁS, CEP: 74075-110, GOIÂNIA- GOIÁS, CEP: 74075-110
TELEFONES: (62) 98220-7794
E-MAIL: FINANCEIRO@CRTR9.ORG.BR

b) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

JARDIM AMÉRICA SAÚDE
CNPJ Nº 04.800.040/0001-79
CLASSIFICAÇÃO: MEDICINA DE GRUPO
ENDEREÇO: AVENIDA T-63 LT-02 – SETOR NOVA SUIÇA – GOIÂNIA – GO

- NOME COMERCIAL DO PLANO: SAFIRA EMPRESARIAL CP
- NÚMERO DO REGISTRO NA ANS: 469.464/13-3

c) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o ***Regime de Contratação Coletivo Empresarial***, entendido como aquele que oferece cobertura de atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

d) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA

e) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE
A área de abrangência geográfica do presente contrato é: GRUPO DE MUNICIPIOS

f) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:
A área de atuação do presente contrato se limita aos Municípios de GOIÂNIA, APARECIDA DE GOIÂNIA, ANÁPOLIS, TRINDADE, PARAÚNA, PALMEIRAS DE GOIÁS E ANICUNS do Estado de Goiás.

g) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO
A internação se dará em quarto COLETIVO

Parágrafo Primeiro: Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo – Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

h) FORMAÇÃO DE PREÇO
Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preços pré-estabelecido, por prazo determinado no contrato, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), limitada pelos procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento. Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos Artigos 458 e 461, do Código Civil Brasileiro, também estando sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O Plano coletivo empresarial se destina as pessoas jurídicas que mantém vínculo empregatício ou estatutário com o usuário titular.

Parágrafo Primeiro: Por ocasião da contratação do plano de saúde o(a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:
a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:
1. Cópia do contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone.
2. Relação dos Empregados inscritos no FGTS.
3. O número mínimo estabelecido para adesão deste contrato é de 10 (dez) beneficiários.

b) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:
1. Contrato;
2. Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo Titular e pela CONTRATANTE;
3. Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários (titular e dependentes) que forem incluídos no plano após a implantação ou no caso de novos funcionários.
4. Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo (quando for o caso);

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE informará à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir ou excluir

novos beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.
Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo(a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar a condição de dependência.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade do(a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, **CNS (Cartão Nacional de Saúde),** nome da mãe e endereço do beneficiário titular. Também é de responsabilidade da CONTRATANTE informar a CONTRATADA o número do CPF dos dependentes inscritos no plano quando completarem 18 (dezoito) anos.

Parágrafo Quinto. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via contrato aos beneficiários titulares quando solicitado.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados.

- Entende-se como relação empregatícia ou estatutária os empregados/funcionários da pessoa JURÍDICA CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

Também são considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:

- Sócios da pessoa jurídica contratante
- Administradores da pessoa jurídica contratante
- Trabalhadores temporários
- Estagiários e menores aprendizes
- Demitidos e aposentados conforme disposto nos Artigos 30 e 31 da Lei 9656/98

Parágrafo Sexto. Também poderão ser inscritos como dependentes do beneficiário titular:

- O cônjuge;
- Os filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- O enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial solteiro até 24 anos incompletos;
- A companheira ou companheiro, havendo união estável;
- Os filhos incapazes;

Parágrafo Sétimo. O ingresso dos dependentes vincular-se-á a inscrição do beneficiário titular no Plano.

Parágrafo Oitavo. É assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de e alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

- A mãe ou pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
- A inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- Seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta Cláusula e,
- Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

Parágrafo nono. Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, exceto para doenças e lesões preexistentes, desde que:

- A inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- Seja apresentado o termo de formalização da adoção ou termo de guarda para fins de adoção e,
- Seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

Parágrafo décimo. A inscrição dos funcionários/beneficiários no plano, quando solicitada pela CONTRATANTE à CONTRATADA fica condicionada a apresentação da documentação abaixo em atendimento às determinações da Agência acional de Saúde Suplementar.

I – TITULAR

- Cópia do RG e CPF
- Comprovante de residência
- Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante.
- Empregados:

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo) ou
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa ou
- Contra cheque, folha de pagamento

b) Temporário, estagiário ou menor aprendiz:
- Contrato de Trabalho ou Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo).

c) Sócios:
- Contrato Social

d) Administradores:
- Contrato Social ou
- Procuração com poderes específicos

e) Agentes Públicos
- Documento de Diplomação

II – DEPENDENTES

- Esposa: Cópia RG, CPF e Certidão de Casamento;
- Companheira: Cópia RG, CPF, **Escritura Pública**;
- Filhos menores de 18 anos: Cópia da Certidão de Nascimento;
- Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG e CPF;
- Filhos Adotivos: Cópia da Certidão de Nascimento ou do termo de guarda para fins de adoção;
- Enteados: Comprovação de convivência do casal;
- A criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Documento judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular;

CLÁUSULA 4ª – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA, por médicos cooperados, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, hospitais, clínicas e laboratórios, observados os limites de carência estabelecidos neste contrato. O atendimento a que se refere a presente cláusula será efetuado de acordo com os procedimentos médicos, referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Resolução ANS e incluirá:

1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento;

2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo os cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS solicitados pelo médico assistente;

4) serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

5) sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional, solicitados pelo médico assistente, limitadas ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

6) psicoterapia solicitada pelo médico assistente e realizada pelo profissional devidamente habilitado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, limitada ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

7) fisioterapia: conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA.

8) planejamento familiar, conforme disposto na RN 388/214:
a) consulta e aconselhamento para planejamento familiar;
b) atividade educacional para planejamento familiar;
c) sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA);
d) implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal – inclui o dispositivo.

9) cobertura ambulatorial para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial: consiste na administração de medicamentos para tratamento de 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, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
c) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial;
d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como segmento ambulatorial e que não prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares;

e) hemoterapia ambulatorial;
f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

10) tratamento da obesidade mórbida em regime ambulatorial, prestado preferencialmente por equipe multiprofissional integrante da rede da CONTRATADA. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimento médico, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;

11) participação do médico anestesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

12) internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, em clínicas básicas e especializadas da rede própria ou credenciada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

13) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

14) exames complementares indispensáveis ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

15) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

16) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática

17) quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, de pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de necessidades especiais (conforme indicação do médico assistente) estão asseguradas as despesas ordinárias de um acompanhante durante a internação, incluindo alimentação, conforme dieta geral do hospital;

18) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, **a serem realizadas somente no HOSPITAL E MATERNIDADE JARDIM AMÉRCA, prestador de serviço REFERENCIADO** para execução desse procedimento, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

19) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar a serem realizadas somente no HOSPITAL E MATERNIDADE JARDIM AMÉRCA, prestador de serviço REFERENCIADO da CONTRATADA:
a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura do plano de saúde;
b) a necessidade da internação por imperativo clínico é determinada pelo cirurgião dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

20) Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato.

21) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:
a. hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
b. quimioterapia oncológica ambulatorial: consiste na administração de medicamentos para tratamento de 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, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
c. radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial e hospitalar;
d. hemoterapia;
e. nutrição parenteral ou enteral;
f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g. embolizações listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h. radiologia intervencionista;
i. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j. fisioterapia, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
k. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

22) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

23) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

24) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:
a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para parto, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;
b) assegurada a opção de inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, isento dos períodos de carências e da análise de doença ou lesão preexistente, desde que o pai ou a mãe do recém nascido tenham cumprido a carência para o parto e obedecido o grau de dependência previsto na Cláusula Condições de Admissão;
b) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

25) transplante de córnea e rim, observadas as especificações abaixo:
I. nos transplantes de córnea e rim, as despesas de procedimentos vinculados —entendidos estes como os necessários à realização do transplante —, incluindo:
a. despesas assistenciais com doadores vivos;
b. medicamentos utilizados durante a internação;
c. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
d. despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).
II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Resolução Consu nº 12/98, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.
26) transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

27) atendimento psiquiátrico, de acordo com as diretrizes seguintes:
I. Ambulatorial:
a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
b) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, com início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
c) tratamento básico, assim considerado aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento de demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

II. Hospitalar:
a)Cobertura obrigatória em numero ilimitados de dia, de todas as modalidades de internação hospitalar;
b)Internações Psiquiátricas – 30 dias de internação contínuos ou não, por ano de contrato.
c) ultrapassados os prazos de internação previstos acima, os atendimentos serão realizados mediante pagamento de co-participação estabelecida na cláusula Mecanismos de Regulação;

d) estão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aqui incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
e) os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além da cobertura integral de 30 (trinta) dias de internação prevista neste inciso, dispõem de até 08(oito) semanas anuais de tratamento, conforme indicação do medico assistente, em regime de Hospital-Dia;
f) nos casos de diagnósticos de transtornos mentais orgânicos — inclusive ossintomáticos (F 00 a F 09) - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornosdelirantes (F20 a F29) - retardo mental (F70 a F79) - transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F 98) do CID 10, a cobertura de até 8 (oito) semanas de tratamento prevista no item anterior poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

Do Tratamento Dos 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.
I- No regime ambulatorial estão cobertos:
1. Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

2. 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;
a) Considera-se em situação de crise a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente;

3. 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.

II- Em regime hospitalar estão cobertas:
1. As internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais;
2. O Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise conforme atestado pelo médico assistente;
3. Além do custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação hospitalar, os beneficiários estarão cobertos por mais 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumulativos, de tratamento em regime de hospital-dia, sendo que para os diagnósticos especificados de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura será extensiva a 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual;
4. O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano contratual, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização;
5. Em conformidade com a **RN 349/2014**, caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar exceda os limites previstos no presente Contrato, ou seja, 30 (trinta) dias de internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral e/ou

15 (quinze) dias de internação em hospital geral, por ano contratual, não cumulativos, haverá a coparticipação obrigatória referente ao período excedente, por parte do beneficiário, do percentual determinado na legislação vigente à época da contratação, ou seja, **50%** (cinquenta por cento), das despesas hospitalares e honorários médicos de internação, o qual fará os pagamentos diretamente à Operadora.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:
a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental: aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilize medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

c) inseminação artificial: 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.

d) métodos contraceptivos abaixo indicados:
-pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional;
-anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;
-anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida.
e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidades estéticas; fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

g) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e em estabelecimentos de atendimento de urgência e emergência).

h) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
j) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

k) tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

l) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

m) transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

n) consultas e demais atendimentos domiciliares;

o) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais (constantes no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme Resolução ANS/RN vigente e suas atualizações) que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar;

p) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

q) exames admissionais, demissionais e periódicos;

r) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
s) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subseqüente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 48 (quarenta e oite) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por mais um período de 48 meses.

Par[agrafo Único: A renovação contratual ocorrerá a cada 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do contrato

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Parágrafo Primeiro. Todos os beneficiários incluídos por ocasião da implantação deste plano, e os admitidos posteriormente, cumprirão as seguintes carências.

.CARÊNCIAS		
DESCRIÇÃO	**NÃO PRÉ-EXISTENTE**	**PRÉ-EXISTENTE**
1. Atendimento de urgência / emergência e cobertura parcial temporária;	1 dia	1 dia
2. Consultas em consultórios, clinicas e centros médicos;	10 dias	10 dias
3. Exames em análises clínicas;	10 dias	10 dias
4. Exames anátomo-patológicos e de citopatologia (exceto os considerados de alta complexidade);	10 dias	10 dias
5. Exames radiológicos não contrastados e os contrastados de aparelho digestivo e urografia excretora;	10 dias	10 dias
6. Eletrocardiograma e eletroencefalograma (exceto digital com mapeamento cerebral considerado como item 9);	10 dias	10 dias
7. Procedimentos ambulatoriais não cirúrgicos em oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, dermatologia e ortopedia (exceto fisioterapia);	10 dias	10 dias
8. Fisioterapia;	180 dias	720 dias
9. Exames especiais, assim considerados na Cláusula Quarta do contrato;	180 dias	720 dias
10. Exames de ultrassonografia;	180 dias	720 dias
11. Procedimentos especiais, assim considerados na Cláusula Quinta do contrato;	180 dias	720 dias
12. Internações clínicas;	180 dias	720 dias
13. Internações cirúrgicas;	180 dias	720 dias
14. Obstetrícia;	300 dias	300 dias
15. Exames e procedimentos de alta complexidade conforme lei 9656/98 e resolução ANS RDC 68 de 07 de maio de 2001;	720 dias	720 dias
16. Reabilitação física, dessensibilização, cirurgia refrativa para grau superior a 7 (sete), hemodiálise em pacientes crônicos, angioplastias com stent, revascularização do miocárdio, ablação do feixe de HIS, implante de marca-passo, obesidade mórbida.	720 dias	720 dias

Parágrafo Primeiro. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou

Parágrafo Terceiro. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CLÁUSULA 8ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

a. Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
b. Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:
1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.

O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão dos Beneficiários.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, (um para cada beneficiário), onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam serem portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

Parágrafo Quarto. No preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário tem o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede cooperada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede cooperada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

Parágrafo Quinto. 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 conseqüências da omissão de informações.

Parágrafo Sexto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma avaliação médica por profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica . Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Oitavo. 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, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, facultativamente a opção do agravo a critério da CONTRATADA:

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei n° 9.656, de 1998 e resoluções.

b) Agravo: Consiste em um acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade), cujo cálculo é feito pelo atuário responsável e de acordo com as especificações no aditivo contratual, permitindo a cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

Parágrafo Décimo. O agravo será formalizado através de aditivo contratual e nele constará o valor e período da cobrança.

Parágrafo Décimo Primeiro. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Parágrafo Décimo Segundo. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

Parágrafo Décimo Terceiro. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo Décimo Quarto. A CONTRATADA irá comunicar ao beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano e opcionalmente o agravo. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo Décimo Quinto. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário , a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação legal para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Décimo Sexto. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e a CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

Para efeito da presente cláusula, considera-se:

a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.
Parágrafo Primeiro. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas.

Parágrafo Segundo. Os beneficiário inscritos pelo(a) CONTRATANTE têm direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da CONTRATADA que faz parte deste contrato. O(A) CONTRATANTE ou beneficiário deve entregar toda a documentação original (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência), relativa às despesas efetuadas. A documentação

deve ser entregue à CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dia da data do atendimento ou da alta, que terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso.

Parágrafo Terceiro: A CONTRATADA deve garantir a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

a) na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;
b) depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e
c) quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Quarto. A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Quinto. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Sexto. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Sétimo. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

CLÁUSULA 10ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

I. Coparticipação:

Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário à operadora.

Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente a época da contratação;

TABELA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTO AMBULATORIAL	
Procedimento	**Valor**
Consultas	R$22,00
Exames Simples e Especiais	R$8,00
SEGMENTO HOSPITALAR	
Procedimento	**Valor**
Procedimentos de Gastroplastia	R$ 2.500,00
Procedimentos de Hemodinâmica*	R$ 2.500,00
Procedimentos com Buco Maxilo**	R$ 2.500,00
Procedimentos de Cirurgia de Coluna***	R$ 2.500,00
Procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia****	R$ 2.500,00

* Procedimento de Hemodinâmica que for realizado no Hospital e Maternidade Jardim América o beneficiário esta **isento da coparticipação**;

** Procedimento com Buco Maxilo Dr. Guilherme R. Scartezine, Dr. Allan Fernando Panarello e Dr. Eduardo Zancope realizado no Hospital e Maternidade Jardim América o beneficiário esta **isento da coparticipação**;

*** Procedimento de Cirurgia de Coluna com o Dr. Valdivino Jose Vieira Junior ou Dr. Chrystiano Fonseca Cardoso realizado no Hospital e Maternidade Jardim América o beneficiário esta **isento da coparticipação**

**** Procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia que for realizado no Hospital Jardim América o beneficiário está **isento da coparticipação.**

Parágrafo Segundo. Na internação psiquiátrica, a operadora seguirá as regras da ANS, descritas no item específico da Cláusula 4ª (Coberturas e Procedimentos Garantidos).

II. Cartão de Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, cuja apresentação acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.
Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o (a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder elos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo de uma segunda via do cartão é de R$10,00 (Dez reais) podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de preços.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

a) Consultas: Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

b) Sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional – são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
c) Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
d) Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
e) Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela
CONTRATADA.
f) Cirurgia buco-maxilo-facial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

Parágrafo Primeiro. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Segundo. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se ao setor de autorização do JARDIM AMÉRICA SAÚDE , munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização de acordo com os prazos estabelecidos nos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo Quarto. Os beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiário .

Parágrafo Quinto. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do sítio http://www.americasaude.com.br

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

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

Parágrafo Sétimo. Condições diferenciadas de atendimento:

a) a CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

b) a CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica (constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA) conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidência.

CLÁUSULA 11ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

América Empresarial com CP Plano SAFIRA
0 a 43 anos: **R$103,00**
44 a 58 anos: R$103,00
59 anos acima: **R$265,00**

Será concedido desconto para os beneficiários das faixas de 44 a 58 anos de acordo com a participação dos programas de prevenção: às mulheres que participarem do programa de prevenção do câncer de mama e aos homens que participarem do programa de prevenção do câncer de próstata.

Parágrafo Primeiro. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária, na mesma faixa etária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, se for do mesmo plano.

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito:

a) a titulo de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na Proposta de Contratação; e
b) as co-participações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo Terceiro. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quinto. O valor da co-participação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias, previstos sobre o custo dos serviços executados, observando-se a Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura.

Parágrafo Sexto. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar à CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Sétimo. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado. O CONTRATANTE ainda fica com direito à cobertura e ao ressarcimento suspenso para todos os benefícios contratuais a partir de **30 DIAS** de atraso.

Parágrafo Nono. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

CLÁUSULA 12ª – REAJUSTE

A mensalidade poderá ser reajustada no transcorrer do contrato, em função da revisão técnica, anualmente, ou na periodicidade prevista da legislação vigente, mediante prévia autorização da ANS, nas seguintes condições:

a) Em atendimento aos dispositivos da RN nº 19, de 11 de dezembro de 2002, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que estabelece os procedimentos para solicitação de revisão técnica pelas operadoras de planos e produtos privados de assistência à saúde;
b) Em função da aplicação de variação percentual entre as despesas assistenciais líquidas por expostos (coluna "L" da resolução RDC nº 29, de 26 de junho de 2000, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, "que estabelece normas pecuniárias dos planos e produtos privados de assistência suplementar à saúde"), ou outra que vier a substituir.

No caso de inclusão de empresas filiais ou que pertence ao mesmo grupo, a data para aplicação do reajuste será a mesma do contrato celebrado com a matriz ou a empresa do grupo mais antiga.

Parágrafo Primeiro. O reajuste das contraprestações pecuniárias para o agrupamento de empresas, referida na Resolução Normativa RN n° 309, de 24 de Outubro de 2012, emitida pela Agência

Nacional de Saúde Suplementar – ANS dar-se-á pelo emprego da fórmula matemática descrita nos itens a seguir, a qual se compõe de duas parcelas independentes:

a) a primeira parcela da fórmula visa recompor a sustentabilidade atuarial da operadora;

b) a segunda parcela da fórmula visa projetar o custo per capita para os próximos 12 (doze) meses de vigência contratual.

1. A primeira parcela da fórmula de reajuste é governada pela relação matemática a seguir:

$$\text{Fator de recomposição atuarial} \begin{cases} 1 = se\ \frac{sinistralidade\ apurada}{sinistralidade\ alvo} \leq 1 \\ \\ = \frac{sinistralidade\ apurada}{sinistralidade\ alvo}\ se\ esta\ fração\ > 1 \end{cases}$$

1.1. **Sinistralidade apurada** corresponde à **sinistralidade atuarial** apurada para o ano fiscal anterior ao ano em que vigerão as contraprestações pecuniárias reajustadas.

1.2. **Sinistralidade atuarial** é dada pela seguinte razão:

$$\frac{custo\ per\ capita}{contraprestação\ pecuniária\ per\ capita}$$

1.3. **Custo per capita** é sinônimo do termo **prêmio de risco** citado na bibliografia atuarial internacional.

2. A segunda parcela da fórmula de reajuste é governada pela relação a seguir:

$$\text{Fator de Projeção} \begin{cases} = 1\ se\ IGP - M_t \leq IGP - M_{t-1} \\ \\ = \frac{IGP - M_t}{IGP - M_{t-1}}\ se\ IGP - M_t > IGP - M_{t-1} \end{cases}$$

2.1. $IGP - M_t$ se refere ao Índice Geral de Preços-Mercado no último mês do ano fiscal imediatamente anterior ao ano em que vigerão as contraprestações pecuniárias reajustadas.

2.2. $IGP - M_{t-1}$ se refere ao Índice Geral de Preços-Mercado no último dia do ano fiscal em que vigeram as contraprestações pecuniárias a serem objeto de reajuste.

2.2.1. Os $IGP - M_t$ e $IGP - M_{t-1}$ são calculados pela Fundação Getúlio Vargas.

2.2.2. A formulação mostrada no caput encerra a premissa de que os custos futuros se comportarão de modo idêntico aos custos progressos.

2.3. O percentual de reajuste, **atendidos os pressupostos dos itens anteriores**, resultará da fórmula a seguir:

$$\text{Percentual de Reajuste} = \left\{\left[máximo\left(1; \frac{sinistralidade\ apurada}{sinistralidade\ alvo}\right) \times máximo\left(1; \frac{IGP - M_t}{IGP - M_{t-1}}\right)\right] - 1\right\} \times 100$$

2.4. A sinistralidade alvo, para fins desta cláusula, é igual a 75%.

Parágrafo Segundo. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária.

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

Parágrafo Quarto. A coparticipação sofrerá reajuste na mesma periodicidade aplicados à contraprestação pecuniária.

Parágrafo Quinto. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

CLÁUSULA 13ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária Percentual de reajuste
0 a 58 anos 0= 0,00%
59 anos acima = 157,28%

Parágrafo Único. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos na Resolução Normativa nº 63/03:

a. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
b. a variação acumulada entre a sétima e décima faixas etárias não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 14ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Parágrafo Único. O Regime de Contratação Coletivo Empresarial estende-se aos planos por Faixa Etária dos beneficiários Demitidos sem justa causa e Aposentados, da empresa em questão seguindo a seguinte tabela de valores:

Faixa Etária	**Plano Safira**
	Enfermaria
0 a 18 anos	R$ 88,66
19 a 23 anos	R$ 98,12
24 a 28 anos	R$ 103,17
29 a 33 anos	R$ 122,34
34 a 38 anos	R$ 127,80
39 a 43 anos	R$ 154,13
44 a 48 anos	R$ 217,22
49 a 53 anos	R$ 220,57

54 a 58 anos	R$ 240,93
59 anos acima	R$ 494,97

I –EMPREGADOS DEMITIDOS

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:
a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator moderador.
b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
c) assuma o pagamento integral;
d) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento e desde que o valor a ser cobrado, seja o da tabela disponibilizada neste contrato.

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho será de um terço do tempo de permanência em plano contributário, desde que não tenha interrupção de contribuição, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, desde que atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (demitido), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

II – EMPREGADOS APOSENTADOS

Em caso de aposentadoria em decorrência de vínculo empregatício, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:
a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
c) assuma o pagamento integral do valor da contraprestação, da tabela disponibilizada no contrato;
d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

a) se tiver contribuído para qualquer plano de saúde, sem interrupção, por um período superior a 10 (dez) anos: de forma vitalícia;
b) se tiver contribuído para qualquer plano de saúde, sem interrupção, por um período inferior a 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, desde que atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos Beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (aposentado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria à do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

Parágrafo Sexto. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

III - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

CLÁUSULA 15ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO E EXCLUSÕES

Será excluído do contrato, o usuário titular, juntamente com seus dependentes:

a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
b) quando perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para empregados demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;
c) quando os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme Cláusula Condições de Admissão;
d) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo, permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;

e) quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
f) quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual.
g) quando se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o usuário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o qüinquagésimo dia de inadimplência, implicará na suspensão do atendimento do beneficiário titular e dependentes em atraso ou na sua exclusão, a critério da CONTRATADA;

Parágrafo Primeiro. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Segundo. Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Terceiro. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Empregados Demitidos e Empregados Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão assinar um novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Quarto. O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subseqüente.

CLÁUSULA 16ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na rescisão do contrato. O atraso do pagamento das mensalidades superior a 30 dias, implicará na suspensão da cobertura do contrato.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

Imotivadamente – Somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:
1. Por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso prévio, por escrito de 60 (sessenta) dias.

Motivadamente – A qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:
1. Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
2. Por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
3. Se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
4. Se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capta das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quarto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensa, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas a CONTRATANTE.

Parágrafo Quinto. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do (a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

CLÁUSULA 17ª - CONDIÇÕES GERAIS

I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE
Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Contratação, os Formulários Cadastrais, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, as Cartas de Orientação ao Beneficiário, as Declarações de Saúde, o Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo.

II - SIGILO MÉDICO
Compromete-se a CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

III – RECLAMAÇÕES
As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

CLÁUSULA 18ª – FORO

Fica eleito o foro do domicílio do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Goiânia – GO, 10 de outubro de 2018.

CONTRATADA
JÚLIO EDUARDO FERRO
CPF: 643.315.801-30

CONTRATANTE
EDUARDO VIEIRA LYRA
CPF: 851.587.637-04
(DIRETOR PRESIDENTE)

Testemunha:

Testemunha: