



MANUAL DO CORRETOR VIVA (MCV)

Revisão 1,
de 16 de dezembro de 2008

VIVA Planos de Saúde Ltda. – Registro ANS nº 41.279-1

Classificação: Medicina de Grupo

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Este Manual do Corretor VIVA (MCV) pertence à VIVA e aos corretores que comercializam os Planos de Saúde da VIVA.

Não poderá ser transmitido a terceiros, nem transcrito ou reproduzido, no todo ou em parte, por qualquer meio ou forma, sem a permissão, por escrito, da “VIVA Planos de Saúde Ltda.” (VIVA), sob pena de lei, conforme disposto nos incisos XI e XII do Art. 195 do Capítulo VI Dos crimes contra a concorrência desleal, da Lei nº 9.279 (Lei da Propriedade Industrial), de 14 de maio de 1996.

ÍNDICE

1	CANAIS DE ACESSO À VIVA e FAQ.....	7
1.1	Para os corretores de planos de saúde Viva	7
1.2	Para os clientes Viva (individuais e empresariais).....	7
1.3	FAQ (Perguntas e Respostas).....	8
2	BENEFÍCIOS / CAMPANHAS PROMOCIONAIS AOS CORRETORES DE PLANOS DE SAÚDE DA VIVA.....	8
2.1	Recebimento das comissões em cada contrato fechado.....	8
2.2	Promoções Relâmpago	9
2.3	Clube VIVA	9
2.4	Ticket Restaurante.....	9
2.5	Time VIVA	9
2.6	Super Time VIVA	10
2.7	Bônus Super Time Viva PF.....	10
2.8	Promoção Odontológica “Eu Quero Sorrir com a VIVA”.....	11
2.9	Campanha “De volta para casa”.....	11
3	HISTÓRIA DA VIVA	11
4	PLANOS PESSOA FÍSICA INDIVIDUAL/FAMILIAR.....	11
4.1	Nome Comercial e Número de Registro do Plano Individual na ANS.....	12
4.2	Coberturas e procedimentos garantidos	12
5	PLANOS PESSOA JURÍDICA (EMPRESARIAIS) - PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS (PME)	12
5.1	Locais de Atendimento.....	12
5.2	Nome Comercial e Número de Registro do Plano Empresarial PME na ANS.....	12
6	COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	13
6.1	Cobertura total nos Hospitais São Marcos e Prontolinda.....	13
6.2	Cobertura Ambulatorial – Plano Individual	13
6.3	Consulta Médica – Plano Individual	14
6.4	Coberturas Hospitalares – Plano Individual.....	14
6.5	Cobertura Obstétrica – Plano Individual.....	15
6.6	Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial – Plano Individual.....	15
6.7	Saúde Mental – Plano Individual	16
6.8	Cobertura Ambulatorial PME	17
6.9	Consulta Médica PME	19
6.10	Coberturas Hospitalares PME	19
6.11	Cobertura Obstétrica PME	20
6.12	Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial PME	20
6.13	Saúde Mental PME.....	21
7	EXCLUSÕES DE COBERTURA – INDIVIDUAIS e PME	22
7.1	Despesas Extraordinárias	23
8	CONDIÇÕES PARA VENDA DOS PLANOS PESSOA FÍSICA INDIVIDUAL / FAMILIAR.....	23
8.1	São considerados clientes para contratação dos planos individual/familiar	23

8.1.1 Beneficiário Titular	23
8.1.2 Dependentes	23
8.2 O contrato vigora a partir de quando.....	23
8.3 Tabela de Preços PF Individual.....	24
8.4 Proposta de Admissão	24
8.5 Declaração de Saúde	24
8.6 Taxa de Adesão aos Planos Individuais	24
8.7 Vencimento para o pagamento das mensalidades (Planos Individuais).....	24
8.7.1 – Venda Administrativa	25
8.8 Carências Planos Individuais	25
8.9 Faixas Etárias e Reajustes decorrentes nos Planos Individual / PME.....	26
8.10 Orientador Médico	27
9 BENEFÍCIOS AOS ASSOCIADOS DOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS.....	27
9.1 Integrantes em todos os planos (nosso bônus de lançamento ‘Viva Feliz’).....	27
9.1.1 Doutor na linha (Orientação Médica 24h).....	27
9.1.2 Viva Lar (atendimento médico domiciliar de urgência)	27
9.1.3 Programa de Medicamentos grátis	28
9.1.4 Desconto Farmácia.....	28
9.1.5 Odontologia com aparelho ortodôntico.....	28
9.1.6 Seguro Remissão	28
9.1.7 Sorteio de Capitalização	29
9.2 Outros Benefícios para todos os Planos Individuais	29
9.2.1 Atendimento Total.....	29
9.2.2 Cobertura Especiais.....	29
9.2.3 VIVA Home Care.....	29
9.2.4 VIVA Fácil Liberação de Exames	29
10 CONDIÇÕES PARA VENDA DOS PLANOS PESSOA JURÍDICA (EMPRESARIAIS) - PME.....	30
10.1 Locais de Atendimento PME	30
10.2 Formação do grupo PME	30
10.2.1 Condições de admissão	30
10.2.2 Beneficiário Titular e demais	31
10.2.3 Dependentes	31
10.2.4 Os Dependentes poderão perder a qualidade de beneficiário	31
10.3 Documentação Necessária da Empresa.....	31
10.4 Tabela de Preços PME	31
10.5 Proposta Contratual PME.....	32
10.6 Proposta de Admissão PME.....	32
10.7 Declaração de Saúde PME	32
10.7.1 Doenças e Lesões Pré-Existentes (DLP).....	32
a) Condições para Cobertura em caso de DPL – Cobertura Parcial Temporária.....	33
b) Identificando Fraude na Informação sobre DPL na contratação	33
10.8 Taxa de Adesão aos Planos Empresariais	34
10.9 Formação de Preço, Pagamento das Mensalidades, Multas, Juros	34

10.10 Vigência das mensalidades empresariais (PME)	34
10.11 Prazos Contratuais (PME).....	35
10.11.1 Condições de Renovação Automática PME.....	35
10.12 Carências PME	35
10.13 Urgência e Emergência PME (e Individual)	36
10.13.1 Reembolso nas Urgências e Emergências e Documentação Necessária.....	37
10.14 Reajustes.....	37
10.15 Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos (PME).....	37
10.15.1 Usuário PME que Encerrar Vínculo Empregatício pode Continuar Pagando o Plano Individualmente?.....	38
10.16 Rescisão PME e Individual	39
10.17 Foro para Dirimir Quaisquer Dúvidas.....	39
11 BENEFÍCIOS AOS ASSOCIADOS DOS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS	39
11.1 Integrantes em todos os planos (nosso bônus de lançamento ‘Viva Feliz’).....	39
11.1.1 Atendimento Total.....	39
11.1.2 Doutor na linha (Orientação Médica 24h).....	39
11.1.3 Desconto Farmácia.....	40
11.1.4 Odontologia com aparelho ortodôntico.....	40
11.1.5 Gerenciamento de Contas.....	40
11.1.6 Remoção PME e Individual	40
11.1.7 Gestão Multidisciplinar	41
11.2 Benefícios Opcionais.....	41
11.2.1 Programa de Medicamentos (+ R\$ 3,50 mensais por pessoa).....	41
11.2.2 Sorteios Mensais e Seguro de Vida (+ R\$ 3,80 mensais por pessoa)	41
11.2.3 VIVA Lar - atendimento médico domiciliar de urgência (+ R\$ 2,50 mensais por pessoa).....	42
11.2.4 Programa de Medicina Preventiva	42
11.2.5 Saúde Ocupacional	42
11.2.6 Atendimento Médico na Empresa	42
11.2.7 Padrão Internacional de Serviços	42
12 CONDIÇÕES PARA VENDA DOS PLANOS PESSOA JURÍDICA (EMPRESARIAIS), ACIMA DE 50 VIDAS	43
12.1 Tabela de Preços PJ acima 50 vidas.....	43
12.2 Carências planos Empresariais acima 50 vidas.....	43
13 REDE CREDENCIADA.....	43
13.1 Hospitais, Urgências, Internações	43
13.2 Exames e Diagnósticos.....	43
13.3 Odontologia.....	44
14 VESTIMENTA DO CORRETOR VIVA	44
15 KIT DO CORRETOR VIVA	44
16 ANEXOS.....	44
17 MATERIAL ORGANIZACIONAL PARA O DIA-A-DIA DO CORRETOR.....	45
18 MATERIAL ORGANIZACIONAL PARA A GESTÃO DOS CORRETORES.....	45
19 HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES DESTE DOCUMENTO.....	46

***VOCÊ, CORRETOR DE PLANOS DE SAÚDE,
É NOSSA ESTRELA MAIOR. FAREMOS
TUDO PARA QUE BRILHE, PARA QUE
TENHA SUCESSO COM A VENDA DOS
PLANOS DE SAÚDE DA VIVA,
INDIVIDUAL/FAMILIAR E
EMPRESARIAL***

A VIVA disponibiliza atendimento médico-hospitalar com qualidade, garantindo a flexibilidade necessária para proporcionar o plano de saúde que melhor atenda as expectativas de cada um dos seus clientes, com atendimento humanizado, investindo sempre em novas tecnologias de ponta e no aperfeiçoamento e qualificação técnica de nossos profissionais, além de manter ampla rede credenciada de médicos, hospitais, prontos-socorros e de laboratórios.

Este Manual do Corretor VIVA (MCV) foi montado com base em documentos de apoio e controle para corretores que operam e controlarão as vendas com material impresso. Após a instalação e domínio do novo software organizacional ficar disponível, faremos uma Revisão evolutiva neste, adequando às novas ferramentas eletrônicas. De qualquer modo, este MCV e seus anexos estarão no Internet, no Perfil do Corretor Viva, em

www.vivaplanosdesaude.com.br. Os corretores cadastrados na VIVA poderão acessar mediante login e senha.

1 CANAIS DE ACESSO À VIVA e FAQ

Com o objetivo de cada vez melhor atender os nossos corretores e clientes, oferecemos os seguintes canais de acesso para orientação e auxílio:

1.1 Para os corretores de planos de saúde Viva

Central de Atendimento ao Corretor Viva

- de segunda a quinta das 8h às 18h e às sextas das 8h às 17h, pelos Fones (81) 3974-2214 e 3974-2233, na Av. Visconde de Suassuna, 878 – Boa Vista – Recife.

1.2 Para os clientes Viva (individuais e empresariais)

Teleatendimento 24h ao Cliente

Pelo fone (81) 3974-2222 - 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Doutor na Linha 24h

- 0800-282-3866.

Central(is) de Liberação de Guias e Procedimentos

- na Av. Visconde de Suassuna, 878 – Boa Vista – Recife.

- em Olinda, na Rua Dr. José Augusto Moreira, 1251 – Casa Caiada.

Rede Ciclo

Marcar hora pelo fone (81) 3432-3399 ou dirigir-se diretamente aos diversos consultórios, abaixo listados. Atendimento médico de alto nível.

- Boa Viagem – Rua Antônio Falcão, 565 – Boa Viagem – Recife – F: (81) 3328-5636

- Olinda – Rua Dr. José Augusto Moreira, 685, 1º andar – Casa Caiada – F: (81) 3432-3399

- Paissandu – Rua Pacífico dos Santos, 103 – Paissandu – Recife – F: (81) 3222-2636

- Paulista – Travessa Braz Marques de Pinto Seabra, 744 – Aurora – Paulista – F: 3438-9496

- Piedade – Av. Bernardo Vieira de Melo, 3294 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes – F: (81) 3361-2581

Futuras novas instalações irão sendo acrescentadas à medida em que começarem a funcionar.

VIVA de Olinda – PE

Av. Dr. José Augusto Moreira, 1251 – Casa Caiada – F: (81) 3432-0800.

VIVA de Recife – PE

Av. Visconde de Suassuna, 878 – Boa Vista – F: (81) 3974-2211.

Relações Empresariais

Av. Visconde de Suassuna, 878 – Boa Vista – Depart. Comercial F: (81) 3974-2211.

Cartões de Identificação da VIVA

A VIVA fornece a cada beneficiário um cartão de identificação do plano de saúde que permite a sua utilização acompanhado de documento de identidade.

Farmácia conveniada (para os remédios gratuitos)

- Rede “Farma Viva” – F: (81) 3241-7911 (Espinheiro), e F: (81) 3241-4084 (Boa Vista).

Cobertura odontológica, inclusa em todos os planos existentes

- Odonto Saúde Ltda. F: (81) 3421-1180, 3487-2782, 3493-5962.

1.3 FAQ (Perguntas e Respostas)

Estamos disponibilizando em nosso www.vivaplanosdesaude.com.br o FAQ (Perguntas e Respostas), que contemplam os seguintes assuntos:

- Sobre a transferência da ASL para a VIVA
- Aditivos contratuais
- Cirurgias e internações
- Contratação
- Efetuando solicitações
- Inclusões e exclusões
- Locais de atendimento
- Mensalidades
- Pagamento do plano
- Programa VIVA de Medicamentos
- Reembolso
- VIVA Home Care
- VIVA na Internet, dentre outros

2 BENEFÍCIOS / CAMPANHAS PROMOCIONAIS AOS CORRETORES DE PLANOS DE SAÚDE DA VIVA

Todos os benefícios abaixo se sobrepõem, isto é, valem simultaneamente.

2.1 Recebimento das comissões em cada contrato fechado

Os contratos são confirmados e o comissionamento é liberado semanalmente para as Concessionárias, que repassam aos seus corretores.

2.2 Promoções Relâmpago

Durante os meses de [dezembro/2008](#) e [janeiro/2009](#), todas as vendas feitas a qualquer associado, com ou sem dependentes, enfermaria e apartamento, pode ser vendido enquadrando-se na coluna “5 vidas” da Tabela de Vendas PF.

2.3 Clube VIVA

Esta promoção é válida de 3/10/2008 **até indeterminado**.

A cada vida confirmada (pagamento da 2ª parcela) será gerado 50 (cinquenta) pontos para o corretor, que serão acumulados ao longo da promoção e poderá ser trocado por vários prêmios:

- Relógios,
- Ventiladores,
- Bicicletas,
- Telefone Celular,
- Televisão,
- Micro system,
- Fornos de microondas, e vários outros prêmios.

As premiações estarão disponíveis na Internet para acompanhamento pelo corretor.

2.4 Ticket Restaurante

Esta promoção é válida de 3/10/2008 **até 31/03/2009**.

A cada proposta comercializada o corretor receberá “na hora” 1 (um) ticket restaurante no valor de R\$ 4,00 (quatro reais). Quanto mais propostas, mais tickets.

Importante: As propostas que participarão desta promoção são as encaminhadas para a VIVA com taxa de inscrição.

Nota 1: Em situações de entrega de 2 (duas) propostas ou mais com o mesmo endereço e apenas uma taxa, será liberado apenas 1 (um) ticket.

2.5 Time VIVA

Esta promoção é válida de 3/10/2008 **até 31/03/2009**.

Campanha de vendas com sorteios ‘mensais’ para os corretores das Concessionárias que atingirem os seguintes números mínimos de vidas:

- 50 vidas = 1 DVD
- 100 vidas = 1 Aparelho Celular
- 150 vidas = 1 TV 29"
- 200 vidas = 1 Computador
- 250 vidas = 1 Notebook

A cada venda realizada o Corretor terá direito a um cupom por vida, onde concorrerá aos prêmios acima. As premiações estarão disponíveis na Internet para acompanhamento pelo corretor.

2.6 Super Time VIVA

Esta promoção é válida de 3/10/2008 **até 31/03/2009**.

Premiação para os 3 (três) primeiros colocados em vendas de cada Concessionária, PF, de acordo com o número mínimo de vendas.

Já vendendo acima de 8 (oito) propostas PF por mês, o corretor terá direito a concorrer aos seguintes prêmios, podendo se situar entre os três melhores da Concessionária:

Posição	De 8 a 14 propostas	De 15 a 19 Propostas	20 Propostas ou mais
1º Lugar	R\$ 200,00	R\$ 250,00	R\$ 350,00
2º Lugar	R\$ 100,00	R\$ 125,00	R\$ 175,00
3º Lugar	R\$ 50,00	R\$ 60,00	R\$ 100,00

Este prêmio será disponibilizado ao corretor em até 10 (dez) após o fechamento do mês.

2.7 Bônus Super Time Viva PF

Esta promoção é válida de 01/02/2009 **até indeterminado**

Em cada mês, o corretor que obtiver o primeiro lugar em vendas PF da sua Concessionária, terá direito a um bônus de R\$ 2,00 (dois reais) por cada proposta PF comercializada (independentemente do número de vidas).

Exemplo:

Quantidade Propostas	Valor Premiação
100 Propostas	R\$ 200,00
200 Propostas	R\$ 400,00
300 Propostas	R\$ 600,00

Este prêmio será disponibilizado ao corretor em até 10 (dez) após o fechamento do mês.

2.8 Promoção Odontológica “Eu Quero Sorrir com a VIVA”

Esta promoção é válida de 3/10/2008 **até os 100 (cem) primeiros corretores atingirem 50 (cinquenta) vidas ativas.**

Os 100 (cem) primeiros corretores a confirmar 50 (cinquenta) vidas ativas de planos Individuais e PME receberão um Plano de Assistência Odontológica VIVA grátis por 6 (seis) meses, renovando por mais 6 (seis) meses, caso no período da renovação exista um mínimo de 50 (cinquenta) vidas ativas.

O prazo máximo para alcance das 50 vidas é de 180 (cento e oitenta) dias após o preenchimento da inscrição no concurso “**Eu quero sorrir com a VIVA**”.

O prazo para inscrição na promoção é até 30 de novembro e a contagem da quantidade de vidas valerá a partir da data de preenchimento do formulário de inscrição e protocolo na Área Comercial da VIVA, na Rua Visconde de Suassuna, ou pelo site www.vivaplanosdesaude.com.br.

2.9 Campanha “De volta para casa”

A comissão de venda normal é liberada para todos os corretores quando trouxerem de volta um cliente que já pertenceu à VIVA, ou à ASL, ou à ADMED, ou à MASTER, desde que o contrato anterior tenha sido cancelado há mais de 90 (noventa) dias.

Casos de clientes que cancelaram seu contrato com a VIVA e que retornarem até 90 (noventa) dias não ensejará comissão para o corretor. Vide último parágrafo do item 8.7.1

3 HISTÓRIA DA VIVA

É importante que você, corretor de planos de saúde, conheça e utilize nas suas apresentações de venda a “[História da VIVA – Anexo MCV-1](#)”

4 PLANOS PESSOA FÍSICA INDIVIDUAL/FAMILIAR

Atendimento na região metropolitana do Recife, conforme Orientador Médico (relação de prestadores de serviços), através de ampla rede credenciada, nas mais diversas especialidades, com Hospitais, Clínicas e Laboratórios de Análises Clínicas e Diagnósticos

- REDE PLUS (Referência) - ENFERMARIA
- REDE PLUS - APARTAMENTO

4.1 Nome Comercial e Número de Registro do Plano Individual na ANS

Nome Comercial do Plano: SAUDE REFERENCIA IF

Número de Registro do Plano na ANS: 457590083

4.2 Coberturas e procedimentos garantidos

Os usuários terão direito às seguintes coberturas:

- Consultas Médicas,
- Exames Complementares,
- Procedimentos Ambulatoriais,
- Procedimentos Ambulatoriais Especiais,
- Atendimentos Ambulatoriais de Urgência/Emergência,
- Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial.

Estão cobertos todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos da RN 167/2008 e suas atualizações, compatíveis com a segmentação contratada.

Nota 2: Os associados em trânsito em localidades fora da área de abrangência do contrato, terão direito a atendimento de “urgência e emergência” através do sistema de reembolso, conforme tabela de reembolso da Viva Planos de Saúde.

5 PLANOS PESSOA JURÍDICA (EMPRESARIAIS) - PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS (PME)

5.1 Locais de Atendimento

Atendimento na região metropolitana do Recife, conforme Orientador Médico (relação dos prestadores de serviços), através de ampla rede credenciada, nas mais diversas especialidades, com Hospitais, Clínicas e Laboratórios de Análises Clínicas e Diagnósticos.

- REDE PREFERENCIAL – ENFERMARIA
- REDE PREFERENCIAL – APARTAMENTO
- REDE PLUS – ENFERMARIA
- REDE PLUS – APARTAMENTO

5.2 Nome Comercial e Número de Registro do Plano Empresarial PME na ANS

Nome Comercial do Plano: SAÚDE REFERENCIA CE

Número de Registro do Plano na ANS: 457791081

6 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Os usuários terão direito às seguintes coberturas: Consultas Médicas, Exames Complementares, Procedimentos Ambulatoriais, Procedimentos Ambulatoriais Especiais, Atendimentos Ambulatoriais de Urgência/Emergência, Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial. Estando cobertos todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos da RN 167/2008 e suas atualizações, compatíveis com a segmentação contratada.

6.1 Cobertura total nos Hospitais São Marcos e Prontolinda

Nestes hospitais o associado tem cobertura de todas as especialidades disponíveis no hospital, que faça parte das coberturas contratuais. Isto quer dizer que, lá, o associado tem atendimento completo.

6.2 Cobertura Ambulatorial – Plano Individual

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

Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista ou assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

Cobertura de até 6 sessões por ano com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, conforme indicação do médico assistente;

Cobertura de uma sessão por mês de psicoterapia, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

Cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

Cobertura para todas as doenças do CID-10 e Rol de Procedimentos conforme normativo vigente à época do evento;

Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente. Que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do

estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

- c) radioterapia ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

6.3 Consulta Médica – Plano Individual

A cobertura de custeio das consultas médicas será realizada nos serviços autorizados e participantes da rede credenciada do plano escolhido, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas.

A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o médico. As conseqüências do não comparecimento à consulta marcada junto ao médico/prestadores de serviço são de inteira responsabilidade do Contratante.

É obrigatória a apresentação dos seguintes documentos no ato da consulta:

- a) Cartão de identificação VIVA.
- b) Documento de Identidade.

6.4 Coberturas Hospitalares – Plano Individual

Cobertura de internações hospitalares, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

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

Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

Cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

Cobertura de acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe;

Cobertura para o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, ministrados durante o período de internação hospitalar;

Cobertura para as cirurgias plásticas reparadoras de órgãos e funções que não tenham finalidade estética;

Cobertura para a cirurgia plástica reconstrutora de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

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

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Nota 3: Em todos os casos que envolvam hemoterapia deverão ser observadas as normas estabelecidas para reposição de sangue pelas autoridades públicas.

6.5 Cobertura Obstétrica – Plano Individual

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

Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção;

6.6 Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial – Plano Individual

Cobertura de custeio dos exames de apoio diagnóstico, de tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Garante as despesas efetuadas com a realização dos procedimentos terapêuticos, considerados especiais:

- 01 - Fisioterapia;
- 02 - Dessensibilização;
- 03 - Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;

- 04 - Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;
- 05 - Radioterapia do tipo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;
- 06 - Radioterapia do tipo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- 07 - Quimioterapia ambulatorial;
- 08 - Quimioterapia intra-tecal ou com medicina nuclear;
- 09 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
- 10 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
- 11 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
- 12 - Procedimentos para Litotripsias;
- 13 - Videolaparoscopia;
- 14 - Artroscopia;
- 15 - Diálise ou hemodiálise;
- 16 - Hemoterapia;
- 17 - Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
- 18 - Tratamento hiperbárico;
- 19 - Cirurgias regime de Day-Hospital;
- 20 - Nutrição enteral ou parenteral;
- 21 - Histeroscopia terapêutica;
- 22 - Procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- 23 - Embolizações e radiologia intervencionista;
- 24 - Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

6.7 Saúde Mental – Plano Individual

Garante o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID - 10), cobertura correspondente ao estabelecido no CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, dividindo-se em:

a) Atendimento 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;

b) Psicoterapia de crise entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato;

c) Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID-Código Internacional de Doenças, Capítulo V; entende-se como tal, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Internação hospitalar Psiquiátrica em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID-Código Internacional de Doenças Capítulo V, em situação de crise. Para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessitem de hospitalização, com custeio integral por 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato 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.

Haverá cobertura integral da operadora dos custos de 15 dias de internação por ano de contrato não cumulativas, em hospital geral, para pacientes portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química e, de pelo menos 30 dias de internação por ano de contrato não cumulativas, em hospital psiquiátrico ou em unidade de psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, conforme estabelecido na CONSU nº 11, de 4/11/98.

Decorridos os prazos acima estipulados, haverá co-participação do usuário, no montante de 30 %. O valor da co-participação do usuário obedecerá os tetos vigentes dos normativos da ANS.

Estão cobertos os atendimentos às emergências psiquiátricas, 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.

O usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, esta cobertura será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano. Cobertura do rol de procedimentos vigente.

O Rol de Procedimentos Médicos tem suas atualizações sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e constitui a referência básica para cobertura assistencial dos planos de assistência à saúde deste contrato.

A nomenclatura médica de doenças a que se refere este contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

6.8 Cobertura Ambulatorial PME

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

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I desta Resolução, conforme indicação do médico assistente;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I desta Resolução, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o artigo 5º desta resolução, conforme indicação do médico assistente;

V - cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Anexo I, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

VI - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;

VII - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação; e

VIII - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente. Que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

e) hemoterapia ambulatorial; e

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Parágrafo único. Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

- III) embolizações; e
- IV) radiologia intervencionista.

6.9 Consulta Médica PME

A cobertura de custeio das consultas médicas será realizada nos serviços autorizados e participantes da rede credenciada do plano escolhido, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas.

A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o médico/outras prestadores. As conseqüências do não comparecimento à consulta marcada junto ao médico/prestadores de serviço são de inteira responsabilidade do Contratante.

É obrigatória a apresentação dos seguintes documentos no ato da consulta:

- a) Cartão de identificação VIVA.
- b) Documento de Identidade.

6.10 Coberturas Hospitalares PME

I - cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

II - cobertura de um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

III - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

IV - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; e

V - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Art. 14, inciso VIII, alínea b desta Resolução;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no anexo I desta Resolução para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;

- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Anexo I desta Resolução Normativa;
- g) embolizações: aquelas listadas no anexo I desta Resolução Normativa;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Anexo I desta Resolução Normativa;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

6.11 Cobertura Obstétrica PME

- I - cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção;

6.12 Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial PME

São as coberturas de custeio dos exames de apoio diagnóstico, de tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente. Garante as despesas efetuadas com a realização dos procedimentos terapêuticos, considerados especiais:

- 01 - Fisioterapia;
- 02 - Dessensibilização;
- 03 - Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;
- 04 - Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;
- 05 - Radioterapia do tipo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;
- 06 - Radioterapia do tipo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- 07 - Quimioterapia ambulatorial;
- 08 - Quimioterapia intra-tecal ou com medicina nuclear;
- 09 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
- 10 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
- 11 - Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
- 12 - Procedimentos para Litotripsias;
- 13 - Videolaparoscopia;
- 14 - Artroscopia;
- 15 - Diálise ou hemodiálise;
- 16 - Hemoterapia;

- 17 - Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
- 18 - Tratamento hiperbárico;
- 19 - Cirurgias regime de Day-Hospital;
- 20 - Nutrição enteral ou parenteral;
- 21 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em Cirurgia Plica;
- 22 - Histeroscopia terapêutica;
- 23 - procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- 24 - embolizações e radiologia intervencionista;
- 25 - exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

6.13 Saúde Mental PME

Garante o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

A cobertura de custos a que se refere este contrato corresponde ao estabelecido como obrigatório pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, dividindo-se em:

a) Atendimento 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;

b) Psicoterapia de crise entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato;

c) Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID - Código Internacional de Doenças Capítulo V; entende-se como tal, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

d) Internação hospitalar Psiquiátrica em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID - Código Internacional de Doenças Capítulo V, em situação de crise.

Para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessitem de hospitalização, com custeio integral por 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato não cumulativos; em hospital geral, pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Haverá cobertura integral da operadora dos custos de 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato não cumulativas, em hospital geral, para pacientes portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência

química e, de pelo menos 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato não cumulativas, em hospital psiquiátrico ou em unidade de psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, conforme estabelecido na [Consu nº 11](#).

Estão cobertos os atendimentos às emergências psiquiátricas, 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.

O usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, esta cobertura será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

Cobertura do rol de procedimentos vigente: o Rol de Procedimentos Médicos tem suas atualizações sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e constitui a referência básica para cobertura assistencial dos planos de assistência à saúde do contrato.

A nomenclatura médica de doenças a que se refere o contrato segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

7 EXCLUSÕES DE COBERTURA – INDIVIDUAIS e PME

Estão excluídos de todas as coberturas dos Planos Individuais e PME, os tratamentos/despesas decorrentes de:

- I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
- II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos, incluindo a esclerose de varizes com indicação estética;
- III. inseminação artificial;
- IV. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI. fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;
- VII. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- IX. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- X. qualquer outro tipo de transplantes, que não os de córnea e rim.
- XI. Fonoaudiologia e Psicologia;
- XII. cirurgia de Miopia com Grau menor que 7,0.

Para fins de aplicação do art. 10 da Lei n.º 9.656/98, estão excluídos os tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

7.1 Despesas Extraordinárias

As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura) deverão ser pagas diretamente ao hospital/outro pelo beneficiário, sem direito a reembolso pela VIVA.

8 CONDIÇÕES PARA VENDA DOS PLANOS PESSOA FÍSICA INDIVIDUAL / FAMILIAR

8.1 São considerados clientes para contratação dos planos individual/familiar

8.1.1 Beneficiário Titular

O contratante do plano deverá ser maior de 18 anos de idade, se menor, a proposta deverá ser assinada por responsável maior de 18 anos de idade.

8.1.2 Dependentes

- Cônjuge ou companheiro(a),
- filhos(as) solteiros naturais ou adotivos até 18 anos completos, estes desde que tenham sua guarda definitiva,
- o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial (que fica equiparado aos filhos)
- o menor tutelado (que fica equiparado aos filhos)
- o conivente havendo união estável, na forma da lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.
- Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, no plano, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e cobertura parcial temporária ou agravo, decorrentes de doenças e lesões preexistentes, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.
- em caráter promocional, filhos acima de 24 anos, pagando o valor respectivo da faixa etária correspondente. DIFERENCIAL
- filhos(as) até 24 anos de idade se estiverem cursando nível superior devidamente comprovado com boleto bancário pago e carteira da faculdade.

8.2 O contrato vigora a partir de quando

O contrato passa a vigorar 24 horas após a entrega da proposta de admissão no protocolo na VIVA.

8.3 Tabela de Preços PF Individual

Como este é um item que pode variar muito, dependendo das deliberações da ANS e da estratégia comercial da VIVA, vide o Anexo “[Tabela VIVA PF Out.2008 – MCV-2](#)”. Combina-se que este *hiperlink* será mantido sempre atualizado, sem necessidade de se proceder a uma nova Revisão neste Manual, podendo as reduções de carência ser atualizadas ou suprimidas em novembro, dezembro, janeiro, etc., conforme decisão estratégica da VIVA.

8.4 Proposta de Admissão

- Deve ser preenchidas em todos seus campos, em letra de forma e sem rasuras, datadas, assinadas pelo Cliente Titular, ou responsável maior de 18 anos de idade, e pelo corretor de planos de saúde ou Corretora sob o carimbo da mesma.
- A 1ª via da proposta de admissão deverá ser encaminhada à VIVA e a 2ª via ficará com o Cliente, sendo que a via do Cliente também valerá como recibo de pagamento da mensalidade.

8.5 Declaração de Saúde

- Deve ser preenchida, obrigatoriamente, pelo titular ou responsável, devendo ser encaminhada a 1ª via à VIVA e a 2ª via fica com o cliente.
- Passarão por entrevista médica qualificada, a ser agendada pela VIVA, crianças até 3 (três) anos de idade se estiverem sozinhas na proposta de admissão, e clientes a partir de 45 (quarenta e cinco) anos de idade.
- Ficará a critério da área médica da VIVA a necessidade da entrevista médica qualificada para clientes que tenham respostas afirmativas sobre doenças ou lesões pré-existentes na Declaração de Saúde.

8.6 Taxa de Adesão aos Planos Individuais

R\$ 15,00 (quinze reais) por proposta.

8.7 Vencimento para o pagamento das mensalidades (Planos Individuais)

O vencimento das mensalidades será sempre 30 dias após a data de preenchimento da proposta.

8.7.1 – Venda Administrativa

São consideradas vendas administrativas, aquelas em que não é gerado comissionamento em função dos critérios administrativos da operadora. Enquadra-se nesta regra:

- a) Venda para maiores de 65 anos;
- b) Venda para usuários com prazo de cancelamento inferior a 90 (noventa) dias da data da venda;
- c) Para usuários considerados de alto risco, ou seja, aqueles portadores de patologias graves que implique na necessidade de monitoramento médico e/ou programas de prevenção.

Nas situações acima, não haverá liberação de comissionamento, devendo as áreas administrativas da VIVA conduzir esses processos. A campanha “De Volta para Casa” (item 2.9) é liberada para todos os corretores, desde que o contrato cancelado tenha mais de 90 (noventa) dias.

8.8 Carências Planos Individuais

Para planos Individuais, nas vendas, veja os comparativos do atual ‘Plano de Redução de Carência Promocional PF 12, 13, 18 e 20 Ed. 10.2008’ no Anexo “[Mcv-3 Plano Redução de Carência – Out.08](#)” (combina-se que este *hiperlink* será mantido sempre atualizado, sem necessidade de se proceder a uma nova Revisão neste Manual, podendo as reduções de carência ser atualizadas ou suprimidas em novembro, dezembro, janeiro, etc.), conforme decisão estratégica da VIVA.

Atualmente a VIVA tem um Plano de Redução de Carência (PRC) Promocional PF 12, 13, 18 e 20, Ed. 10.2008, que trata as carências da seguinte maneira diferenciada:

- **PRC PF 012:** Possua inadimplência superior a 90 dias, independente do tempo na operadora anterior e ex-usuários ASL, Master Plan e Admed.
- **PRC PF 013:** Nunca tenha tido plano de saúde.
- **PRC PF 018:** Possua mais de 6 meses em operadora regulamentada e inadimplência superior a 30 dias e inferior a 90 dias.
- **PRC PF 020:** Possua mais de 6 meses em operadora regulamentada e inadimplência máxima de 30 dias (obrigatoriedade de Entrevista Qualificada)

Para clientes que POSSUEM seguro ou plano de saúde, observadas as seguintes condições:

- Que o pagamento da última mensalidade não seja superior a 60 dias;
- O cliente deverá ter até 59 anos, 11 meses e 29 dias de idade.

Deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Propostas de Admissão vindas de planos Pessoa Física / familiar: cópia do documento que comprove a data de início do seguro ou plano de saúde anterior e os 3 (três) últimos comprovantes de pagamento;
- b) Propostas de Admissão vindas de planos empresariais: carta da empresa, emitida pelo departamento de Recursos Humanos ou Serviço Social, em papel timbrado, contendo o nome da seguradora ou operadora, nome(s) do(s) participante(s), padrão de conforto, período de permanência na seguradora ou plano de saúde e o carimbo do CNPJ.
- c) Cópias de RG e CPF dos beneficiários.
- d) Cópias dos comprovantes de residência, com prazo de validade de 60 (sessenta) dias.

8.9 Faixas Etárias e Reajustes decorrentes nos Planos Individual / PME

Para efeito do disposto no artigo 2º da Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003, os valores atribuídos e as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, estão estabelecidos em contrato, observando-se as 10 (dez) faixas etárias discriminadas abaixo: de acordo com a idade de cada um dos usuários, o custo mensal estipulado na data de início de vigência dos Planos Individuais será aquele estabelecido abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS		
As faixas etárias do Plano Individual ANS nº 457590083 (como um modelo) são as seguintes:		
FAIXA ETÁRIA	IDADE DE CADA FAIXA	PERCENTUAL DE ACRÉSCIMO
1	De 00 até 18 anos	--
2	De 19 até 23 anos	17,00%
3	De 24 até 28 anos	15,03%
4	De 29 até 33 anos	15,59%
5	De 34 até 38 anos	15,82%
6	De 39 até 43 anos	2,76%
7	De 44 até 48 anos	32,11%
8	De 49 até 53 anos	42,95%
9	De 54 até 58 anos	29,00%
10	De 59 anos em diante	32,00%

Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são ser fixados pela VIVA, observadas as seguintes condições:

- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Nota 4: Para cada tipo de plano da VIVA os percentuais de Acréscimo por faixa etária mudam, portanto, para os Planos Empresariais PME não colocaremos neste Manual os percentuais. Interessados devem entrar em contato com o Comercial da VIVA.

8.10 Orientador Médico

A VIVA disponibiliza para seus clientes PF e PJ o “Orientador Médico”, relação contendo a rede credenciada, quando da contratação dos planos de saúde VIVA.

O “Orientador Médico” é mantido sempre atualizado no site www.vivaplanosdesaude.com.br

Para PF: “[Mcv-4 Orientador Médico PF – PLUS](#)”

Para PJ: “[Mcv-5 Orientador Médico PJ – Preferencial](#)”

9 BENEFÍCIOS AOS ASSOCIADOS DOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS

9.1 Integrantes em todos os planos (nosso bônus de lançamento ‘Viva Feliz’)

Os benefícios abaixo serão fornecidos gratuitamente durante o primeiro ano de vigência do contrato da VIVA, para **propostas comercializadas a partir de 03 de outubro de 2008**, e constarão de aditivo ao contrato, o “Bônus de Lançamento – VIVA Feliz”

Os 7 (sete) benefícios do “Bônus de Lançamento – VIVA Feliz” abaixo terão vigência durante o primeiro ano de contrato e suas coberturas não terão nenhum custo adicional. A partir do 13º mês de contrato, será oferecido por um preço com desconto especial, acrescentando-se apenas o valor de R\$ 9,90 por contrato. As condições desta promoção estão apresentadas de forma resumida, sendo que o detalhamento de todas as coberturas e condições contratuais estão disponíveis no site www.vivaplanosdesaude.com.br.

Não terão direito às coberturas bonificadas pelo aditivo os usuários que estiverem inadimplentes no período de utilização ou durante o período dos sorteios.

9.1.1 Doutor na linha (Orientação Médica 24h)

É um moderno serviço de tele-medicina, em que o usuário fala diretamente com um médico para obter orientações de médicos generalistas e pediatras, que estarão sempre a disposição para esclarecimentos 24 horas por dias. Telefone 0800-282-3866. As coberturas da Orientação Médica 24h terão vigência 24h após a assinatura do contrato.

9.1.2 Viva Lar (atendimento médico domiciliar de urgência)

É o Atendimento Médico Domiciliar (APH). É um serviço de assistência médica pré-hospitalar de urgência e emergência, aos usuários e seus dependentes estabelecidos na proposta de adesão do plano VIVA, com atendimento em seus próprios domicílios, e se

necessário, remoção por via terrestre em ambulância e UTI até estabelecimento hospitalar do qual o usuário tenha direito, respeitando as carências e coberturas do contrato firmado com a operadora, e área de abrangência do atendimento limitada a região metropolitana do Recife, excetuando-se os locais de difícil acesso ou áreas consideradas de risco pela Central de Regulação.

O Viva Lar também está disponível, como item opcional, para os planos empresariais mediante pequeno acréscimo no valor da fatura.

9.1.3 Programa de Medicamentos grátis

É um programa de medicamento exclusivo que permite a utilização de quase duzentos tipos de medicamentos retirados gratuitamente na rede de farmácias conveniada, sem custo adicional.

Todos os beneficiários inscritos no contrato têm direito a retirada gratuita de até 2 (duas) caixas de medicamentos por mês, para os usuários que realizarem consultas na Rede Ciclo.

O Programa de Medicamentos também está disponível, como item opcional, para os planos empresariais mediante pequeno acréscimo no valor da fatura.

9.1.4 Desconto Farmácia

É um programa de descontos em uma das principais redes de farmácias da região. Os descontos chegam a até 30% (trinta por cento), bastando apenas apresentar a carteira de identificação do plano da Viva.

9.1.5 Odontologia com aparelho ortodôntico

Proporciona a cobertura de todo rol de procedimentos odontológicos estabelecido pela ANS e está inclusa em todos os planos existentes. Os associados contam com aparelho ortodôntico incluso, apenas tendo de arcar com as despesas de manutenção, no caso orçado em apenas R\$ 50,00 por mês, enquanto durar a ortodontia. As coberturas odontológicas para atendimento de urgência e emergência terão vigência a partir de 24h do protocolo da proposta na VIVA, de 30 (trinta) dias para consultas e de 60 (sessenta) dias para os demais procedimentos.

9.1.6 Seguro Remissão

Seguro de vida da MAPFRE SEGUROS, que em caso de morte do segurado (causas naturais ou acidentais) ou devido a invalidez permanente por acidente (caso o segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro), garante o pagamento da quitação das parcelas dos dependentes por prazo máximo de até 36 meses, limitado a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Caso não haja dependentes, a indenização será paga ao beneficiário indicado na adesão ou aos herdeiros legais, conforme Código Civil. A cobertura do seguro remissão terá vigência a partir

do dia 1º do mês subsequente ao pagamento da 2ª mensalidade. A cobertura deste seguro é exclusiva para os associados titulares com idade máxima de 65 anos.

9.1.7 Sorteio de Capitalização

A MAFPRE, por meio de convênio firmado com a Aplub Capitalização S.A., irá mensalmente adquirir títulos de capitalização em número correspondente ao dos associados ativos com pagamento do prêmio em dia e transferir a eles o direito ao sorteio desses títulos.

O valor da premiação será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), do qual será deduzido o valor referente ao Imposto de Renda. As coberturas do seguro terão vigência a partir do dia 1º do mês subsequente ao pagamento da 2ª mensalidade.

Processo SUSEP Aplub Capitalização nº 10.004565/99-51.

A cobertura deste sorteio de capitalização é exclusiva para os associados titulares com idade máxima de até 65 anos.

9.2 Outros Benefícios para todos os Planos Individuais

9.2.1 Atendimento Total

Nos hospitais São Marcos e Prontolinda, o associado VIVA pode ser atendido em todas as especialidades médicas disponíveis, sem restrições, dentro das coberturas contratuais.

9.2.2 Cobertura Especiais

Estão inclusas em todos os planos coberturas médicas especiais, como Acupuntura, Homeopatia, Fonoaudiologia, Psicologia e Nutrição.

9.2.3 VIVA Home Care

É o serviço de internação domiciliar da VIVA. Permite um atendimento humanizado aos pacientes, com o auxílio de equipe multidisciplinar altamente qualificada, que cuida da recuperação, com a utilização dos melhores recursos e o benefício do convívio familiar.

9.2.4 VIVA Fácil Liberação de Exames

Permite aos associados obterem autorização de exames diretamente em clínicas conveniadas (consultórios da Rede Ciclo, em implantação), de forma ágil e facilitada. Utilizando a rede indicada, que abrange vários bairros da região metropolitana do Recife, já sai dos consultórios com os principais exames autorizados.

10 CONDIÇÕES PARA VENDA DOS PLANOS PESSOA JURÍDICA (EMPRESARIAIS) - PME

Tipo de contratação é Coletivo Empresarial.

Obrigatório ter no mínimo 3 vidas e no máximo 49 vidas.

Fazem parte do Contrato a Proposta de Adesão, que inclui:

- o Documento de Informações Pessoais dos Beneficiários,
- a Tabela de Vendas VIVA,
- a Tabela VIVA de Procedimentos,
- o Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e
- o Orientador Médico, contendo a rede credenciada.

Prestadores de Serviços VIVA: são todas as pessoas físicas ou jurídicas que compõem a REDE CREDENCIADA CONTRATADA para os atendimentos dos benefícios contratuais.

10.1 Locais de Atendimento PME

Atendimento na região metropolitana do Recife, conforme Orientador Médico (relação contendo a rede credenciada), através de ampla rede credenciada, nas mais diversas especialidades, com Hospitais, Clínicas e Laboratórios de Análises Clínicas e Diagnósticos.

- REDE PREFERENCIAL – ENFERMARIA
- REDE PREFERENCIAL – APARTAMENTO
- REDE PLUS – ENFERMARIA
- REDE PLUS – APARTAMENTO

Padrão de acomodação em internação é coletiva, mas respeita-se a contratação enfermaria ou apartamento acima citada. Caso não haja vaga na acomodação prevista, fica garantida ao usuário a utilização de acomodação de nível superior, sem ônus adicional para o mesmo.

10.2 Formação do grupo PME

10.2.1 Condições de admissão

Mediante acordo formal firmado entre a empresa empregadora (estipulante) e os seus empregados ativos e inativos / representantes legalmente constituídos, no sentido da manutenção de um único plano para ativos e inativos e sem vínculo empregatício, observando-se as disposições do contrato.

10.2.2 Beneficiário Titular e demais

O plano PME destina-se aos beneficiários com vínculo empregatício ativo, ou seja, aquele destinado a:

- empregados
- funcionários, ativos/inativos,
- sindicalizados
- associados da pessoa jurídica contratante, e ainda
- empregados sem vínculo empregatício, como prestadores de serviço.

10.2.3 Dependentes

- cônjuge ou companheiro(a) havendo união estável na forma da lei desde que não haja concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial,
- filhos(as) natural(ais) ou adotivo(s) até 18 anos completos, desde que tenham sua guarda definitiva ou até 24 anos se estiverem cursando nível superior, devidamente comprovado.
- enteado - o menor sob guarda por força de decisão judicial.
- o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos.
- inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e cobertura parcial temporária ou agravo, decorrentes de doenças e lesões preexistentes, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.
- a inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos de idade, aproveita os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, desde que sua inscrição no plano seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data comprovada da adoção.

A inclusão como dependente somente será aceita pela VIVA na efetiva inclusão do Titular, excetuando-se no caso de inscrição de filho adotivo mencionado no parágrafo anterior.

10.2.4 Os Dependentes poderão perder a qualidade de beneficiário

- Quando da morte do titular;
- Quando casar;
- Quando alcançar a maioridade, desde que não esteja na condição de estudante universitário;
- Quando não mais houver interesse por parte do usuário titular, ou
- Quando o mesmo deixar de contribuir com a sua parte do custo mensal

10.3 Documentação Necessária da Empresa

- Cópia do Contrato Social e última alteração ou declaração de firma individual.
- Cópia do cartão de CNPJ.
- Declaração de prestação de serviços em papel timbrado e com carimbo do CNPJ.

10.4 Tabela de Preços PME

Como este é um item que pode variar muito, dependendo das deliberações da ANS e da estratégia comercial da VIVA, vide o Anexo “[Tabela VIVA PJ Set.2008 – MCV-6](#)”. Combina-se que este *hyperlink* será mantido sempre atualizado, sem necessidade de se proceder a uma nova Revisão neste Manual, podendo as reduções de carência ser atualizadas ou suprimidas em novembro, dezembro, janeiro, etc., conforme decisão estratégica da VIVA.

Nota 5: A aplicação da tabela PME é para usuários de até 59 (cinquenta e nove) anos. A partir de 59 anos e um dia, o corretor deve utilizar a tabela de Plano Individual (Mcv-2)

10.5 Proposta Contratual PME

- Deve ser preenchida pela empresa em todos os campos, em letra de forma e sem rasuras, datadas, carimbadas e assinadas pelo seu representante legal e pelo Corretor-Vendedor.
- A 1ª via deve ser encaminhada a VIVA e a 2ª via é da Empresa.

10.6 Proposta de Admissão PME

- Deve ser preenchida em todos os campos, em letra de forma e sem rasuras, datadas, carimbadas e assinadas, pelo titular, pelo responsável quando menor de idade e pelo Corretor-Vendedor.
- A 1ª via deve ser encaminhada a VIVA e a 2ª via é da empresa.

10.7 Declaração de Saúde PME

- Deve ser preenchida obrigatoriamente por cada um dos titulares e assinada por ele.
- Passarão por entrevista médica qualificada, a ser agendada pela VIVA, usuários a partir de 60 (sessenta) anos.
- Ficará a critério da área médica da VIVA, a necessidade da entrevista médica qualificada para usuários que tenham respostas afirmativas sobre doenças ou lesões pré-existentes na ‘Declaração de Saúde’.

10.7.1 Doenças e Lesões Pré-Existentes (DLP)

DLP - São aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Obrigatoriedade de Informação - O beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o

conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

O beneficiário terá o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

Será vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Comprovação de Conhecimento Prévio - A VIVA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição, quanto à existência de doença ou lesão preexistente, após o início do contrato, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses seguintes, podendo a omissão de informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora enviará termo de comunicação.

a) Condições para Cobertura em caso de DPL – Cobertura Parcial Temporária

Para os casos de doenças e lesões preexistentes que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, oferecemos as seguintes alternativas para cobertura da mesma:

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

b) Identificando Fraude na Informação sobre DPL na contratação

Caso se identifique indício de fraude por parte do beneficiário referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora enviará termo de comunicação. E a VIVA pode oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do termo de comunicação, até completar o período máximo de 24 meses da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Caso o Beneficiário não aceite o CPT, a OPERADORA deverá encaminhar a documentação pertinente a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Após julgamento e acolhida à alegação da OPERADORA pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação.

Não é permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

10.8 Taxa de Adesão aos Planos Empresariais

Promocionalmente, não há taxa de adesão.

10.9 Formação de Preço, Pagamento das Mensalidades, Multas, Juros

O valor da contraprestação pecuniária será efetuado pelo usuário titular antes da utilização das coberturas contratadas, isto é, o pagamento mensal é antecipado ao uso. A primeira parcela deve ser paga no ato de assinatura do contrato.

A cobrança do custo mensal será efetuada através de ficha de compensação bancária.

O pagamento da fatura mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Após esta data haverá multa de 2% (dois por cento), sobre o valor a ser pago, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e atualização monetária do período.

O não recebimento da fatura pelo Contratante, dentro do prazo de pagamento, não o isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, devendo este fato ser notificado em tempo hábil à VIVA, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na aplicação das condições que regem o Contrato.

O pagamento antecipado dos custos mensais não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos no Contrato.

No caso de óbito do titular responsável, o cônjuge beneficiário ou o beneficiário mais idoso ou aquele que vier a ser indicado como responsável no caso de menores de idade, passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados. Nestes casos, deverá ser comunicada a VIVA a exclusão, com a apresentação de declaração, para alteração contratual e emissão de novo carnê de pagamento.

10.10 Vigência das mensalidades empresariais (PME)

Data da venda	Data de vigência e
----------------------	---------------------------

	vencimento mensal
1 a 4	15
5 a 9	20
10 a 14	25
15 a 19	30
20 a 24	05
25 a 31	10

10.11 Prazos Contratuais (PME)

Conforme data de pagamento mensal do item acima.

O período inicial do contrato é de 12 (doze) meses, sendo renovado automaticamente por igual período, e assim indefinidamente, caso nenhuma das partes solicite rescisão contratual. Pode ser solicitada rescisão em qualquer tempo, desde que cumprido o aviso prévio de 30 dias.

Para fins de vigência individual será sempre considerado o período de vigência do usuário titular, inclusive para o cônjuge e filho(s), mesmo que estes sejam incluídos após o início de vigência do usuário titular.

10.11.1 Condições de Renovação Automática PME

Renova-se automaticamente o contrato a partir do primeiro ano de vigência, passando a vigorar por tempo indeterminado, caso não haja manifestação expressa do Beneficiário Titular com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término do prazo, não cabendo a VIVA o direito de cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

10.12 Carências PME

PROMOCIONALMENTE, todas as carências do PME para as pessoas que não possuem plano de saúde serão aplicadas de acordo com as condições do PRC 12.

Para planos empresariais PME, vide Anexo "[Mcv-3 Plano Redução de Carência – Out.08](#)", também utilizado, no momento, para PF (combina-se que este *hiperlink* será mantido sempre atualizado, sem necessidade de se proceder a uma nova Revisão neste Manual, podendo as reduções de carência ser atualizadas ou suprimidas em novembro, dezembro, janeiro, etc.), conforme decisão estratégica da VIVA.

Atualmente a VIVA tem um Plano de Redução de Carência (PRC) Promocional PF 12, 13, 18 e 20, Ed. 10.2008, que trata as carências da seguinte maneira diferenciada:

- **PRC PF 012:** Possua inadimplência superior a 90 dias, independente do tempo na operadora anterior e ex-usuários ASL, Máster Plan e Admed.

- **PRC PF 013:** Nunca tenha tido plano de saúde.

- **PRC PF 018:** Possua mais de 6 meses em operadora regulamentada e inadimplência superior a 30 dias e inferior a 90 dias.

- **PRC PF 020:** Possua mais de 6 meses em operadora regulamentada e inadimplência máxima de 30 dias (obrigatoriedade de Entrevista Qualificada)

Para clientes que POSSUEM seguro ou plano de saúde, observadas as seguintes condições:

- Que o pagamento da última mensalidade não seja superior a 60 dias;
- O cliente deverá ter até 59 anos, 11 meses e 29 dias de idade.

Deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Propostas de Admissão vindas de planos pessoa física / familiar: cópia do documento que comprove a data de início do seguro ou plano de saúde anterior e os 3 (três) últimos comprovantes de pagamento;
- Propostas de Admissão vindas de planos empresariais: carta da empresa, emitida pelo departamento de Recursos Humanos ou Serviço Social, em papel timbrado, contendo o nome da seguradora ou operadora, nome(s) do(s) participante(s), padrão de conforto, período de permanência na seguradora ou plano de saúde e o carimbo do CNPJ.
- Cópias de RG e CPF dos beneficiários.
- Cópias dos comprovantes de residência, com prazo de validade de 60 dias.

10.13 Urgência e Emergência PME (e Individual)

A cobertura ambulatorial e hospitalar do atendimento de urgência/emergência é garantida integralmente, sem restrições, após 24 horas da assinatura do contrato.

Atendimento de Emergência é aquele que implica em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Atendimento de urgência aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

Nos casos que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual aquela estabelecida para planos ambulatoriais.

Garantimos cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

10.13.1 Reembolso nas Urgências e Emergências e Documentação Necessária

Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela VIVA, dentro da abrangência geográfica, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os limites praticados pela VIVA com a Rede Credenciada, ou seja, com base nos valores praticados pela Tabela combinada e com validade.

Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar à operadora os originais dos seguintes documentos:

- a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência / emergência;
- b) Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados: Nome completo do paciente; Procedimento e data de sua realização; Atuação do médico (clínico e outros); Valor dos honorários; Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;
- c) Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada, através de cheque nominal ao usuário titular ou depósito em conta bancária fornecida pelo mesmo.

10.14 Reajustes

A atualização dos valores dos custos mensais individuais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, cuja periodicidade mínima é de 12 meses, com base no IGPM/FGV, ou por outro índice adotado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou ainda por livre negociação entre as partes.

Os reajustes serão aplicados a todos os beneficiários, independentemente da idade. Os reajustes incidirão sobre o valor da última contribuição e somente serão cobrados no mês seguinte ao da respectiva ocorrência.

A ANS será informada sobre o percentual de reajuste até 30 dias após a data da aplicação.

10.15 Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos (PME)

Mediante acordo formal firmado entre a empresa empregadora (Estipulante) e os seus empregados ativos / representantes legalmente constituídos, no sentido da manutenção de um

único plano para ativos e inativos e sem vínculo empregatício, observar-se-ão as seguintes disposições:

Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, nos termos aqui dispostos. O direito aqui assegurado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

As condições aqui previstas deixam de existir quando da admissão do usuário titular em novo emprego.

No caso de aposentadoria, quando o beneficiário contribuir para o plano, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção da condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do custo mensal do plano.

Ao aposentado que contribuir para o plano por vínculo empregatício, por período inferior a 10 anos, é assegurado o direito de manutenção da condição de usuário, nas mesmas condições de cobertura que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do custo mensal do plano.

No caso de cancelamento do plano assistencial do estipulante (PME) fica assegurado aos usuários do plano cancelado o direito à inclusão no plano individual ou familiar administrado pela operadora, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, observado-se as disposições a seguir:

- Considera-se, na contagem de prazos de carência do plano individual ou familiar, o período de permanência do beneficiário no plano cancelado;
- Incluem-se no universo de beneficiário todos os dependentes vinculados ao beneficiário titular;
- Os beneficiários titulares do plano cancelado deverão fazer opção pelo plano individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento;
- O estipulante deve comunicar o beneficiário titular sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção ao plano individual ou familiar da VIVA.

10.15.1 Usuário PME que Encerrar Vínculo Empregatício pode Continuar Pagando o Plano Individualmente?

Ao usuário que contribui para o plano decorrente de vínculo empregatício, se Rescindir ou Exonerar do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manutenção da condição de usuário do plano contratado, nas mesmas condições de cobertura que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do custo mensal do plano.

Neste caso, o período de manutenção da condição de usuário será de 1/3 (um terço) do seu tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro meses). Esta condição é extensiva a todo o grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho.

10.16 Rescisão PME e Individual

O plano assistencial do usuário titular será rescindido nos seguintes casos:

- não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de sua vigência.
- a falta de quitação do custo mensal até o sexagésimo primeiro (61º) dia posterior a data de seu vencimento, implicará no cancelamento do plano, desde que o usuário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo (50º) dia de atraso.
- Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude ou dolo.
- O contrato pode ser cancelado de pleno direito quando não houver mais interesse por parte do contratante.

10.17 Foro para Dirimir Quaisquer Dúvidas

É o Foro da Comarca de domicílio do Contratante.

11 BENEFÍCIOS AOS ASSOCIADOS DOS PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAIS

11.1 Integrantes em todos os planos (nosso bônus de lançamento ‘Viva Feliz’)

11.1.1 Atendimento Total

Nos hospitais São Marcos e Prontolinda, o associado VIVA pode ser atendido em todas as especialidades médicas disponíveis, sem restrições, dentro das coberturas contratuais.

11.1.2 Doutor na linha (Orientação Médica 24h)

É um moderno serviço de tele-medicina, em que o usuário fala diretamente com um médico para tirar suas dúvidas e obter orientações sobre procedimentos médicos a qualquer hora do dia ou da noite, sem nenhum custo adicional.

11.1.3 Desconto Farmácia

É um programa de descontos em uma das principais redes de farmácias. Os descontos chegam a até 30% (trinta por cento), bastando apenas apresentar a carteira de identificação do plano da Viva.

11.1.4 Odontologia com aparelho ortodôntico

A cobertura odontológica está inclusa em todos os planos existentes, com a Odonto Saúde Ltda. (F: (81) 3421-1180, 3487-2782, 3493-5962). Os associados contam com aparelho ortodôntico incluso, apenas tendo de arcar com as despesas de manutenção, no caso orçado em apenas R\$ 50,00 (cinquenta reais) por mês, enquanto durar a ortodontia.

11.1.5 Gerenciamento de Contas

Os clientes empresariais contam com um moderno serviço de gerenciamento de contas personalizado, para atender as suas necessidades específicas.

11.1.6 Remoção PME e Individual

Caberá a VIVA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

Ou uma unidade do SUS nos casos em cumprimento de carência ou para os beneficiários com acordo de CPT para os eventos relacionados à DLP, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da VIVA pela remoção do paciente somente cessará quando efetuado o registro do mesmo na unidade do SUS.

Durante os períodos de carência, ou quando houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT), havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário titular, não cabendo ônus à VIVA.

Fica garantida a remoção em ambulância com os recursos necessários a manutenção da vida, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do tratamento ou pela necessidade de internação:

1) Caberá a VIVA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da operadora pela remoção do paciente somente cessará quando efetuado o registro do mesmo na unidade do SUS.

2) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

3) Quando a remoção não puder ocorrer por risco de vida, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a VIVA, desse ônus.

Somente haverá cobertura dos custos referentes à remoção do paciente, desde que comprovadamente necessária pelo médico assistente, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos na sua rede de atendimento, observando-se o que segue:

- a) Prévia autorização da VIVA;
- b) Remoção realizada por serviços credenciados;
- c) Remoções entre hospitais.

11.1.7 Gestão Multidisciplinar

Oferecemos serviços completos de medicina empresarial. Periodicamente disponibilizamos nossa equipe multidisciplinar, composta de médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e assistentes sociais para desenvolver ações preventivas e educativas em nossas empresas clientes.

11.2 Benefícios Opcionais

11.2.1 Programa de Medicamentos (+ R\$ 3,50 mensais por pessoa)

É um programa de medicamento exclusivo que permite a utilização de quase duzentos tipos de medicamentos retirados gratuitamente na rede de farmácias. O Programa de Medicamentos também está disponível, como item opcional, para os planos empresariais mediante pequeno acréscimo no valor da fatura.

11.2.2 Sorteios Mensais e Seguro de Vida (+ R\$ 3,80 mensais por pessoa)

Sorteio mensal: a MAPFRE, por meio de convênio firmado com a Aplub Capitalização S.A., irá trimestralmente adquirir títulos de capitalização em número correspondente ao dos associados ativos com pagamento do prêmio em dia e transferir a eles o direito ao sorteio desses títulos. O valor da premiação será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), do qual será deduzido o valor referente ao Imposto de Renda. As coberturas do seguro terão vigência a partir do dia 1º do mês subsequente ao pagamento da 2ª mensalidade.

Processo SUSEP Aplub Capitalização nº 10.004565/99-51.

Seguro de vida: a cobertura deste seguro (de vida/remissão) é somente para os associados titulares com idade máxima de 65 anos. É garantido pela MAPFRE SEGUROS, que em caso de morte do segurado (causas naturais ou acidentais) ou devido a invalidez permanente por acidente (caso o segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro), garante o pagamento da quitação das parcelas dos dependentes por prazo máximo de até 36 meses,

limitado a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Caso não haja dependentes, a indenização será paga ao beneficiário indicado na adesão ou aos herdeiros legais, conforme Código Civil.

A cobertura do seguro de vida/remissão terá vigência a partir do dia 1º do mês subsequente ao pagamento da 2ª mensalidade..

A cobertura deste sorteio de capitalização e do seguro de vida é exclusiva para os associados titulares com idade entre 18 anos completos e 65 anos.

11.2.3 VIVA Lar - atendimento médico domiciliar de urgência (+ R\$ 2,50 mensais por pessoa)

É o serviço de atendimento médico domiciliar (APH) para os casos de urgência e emergência, com a utilização de equipe médica multidisciplinar e modernas ambulâncias e UTIs prontas para atender, de forma rápida e eficiente, quando o associado Individual precisar.

11.2.4 Programa de Medicina Preventiva

Busca o bem-estar e a qualidade de vida dos associados, com o objetivo de prevenir e cuidar, utilizando as mais modernas ferramentas de gestão.

11.2.5 Saúde Ocupacional

Oferecemos, de forma opcional, o que existe de mais avançado em medicina ocupacional. Nossos clientes podem contar com:

- elaboração, implementação e acompanhamento de normas técnicas
- elaboração, coordenação, implementação, execução e acompanhamento de PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional)
- NR7
- palestras, eventos e treinamentos em empresas
- assessorias em segurança do trabalho

11.2.6 Atendimento Médico na Empresa

Oferecemos serviços de medicina empresarial nas próprias instalações das empresas, de acordo com a necessidade de cada cliente. A facilidade de utilizar os profissionais da VIVA no próprio ambiente de trabalho permite promover a diminuição do absenteísmo e uma melhor produtividade dos funcionários. Este serviço contempla desde a contratação do médico até a terceirização dos serviços ambulatorial, médicos, odontológicos e de farmácia.

11.2.7 Padrão Internacional de Serviços

Somos ligados ao Grupo Baker Tilly Brasil, integrante da Baker Tilly International, que atua em mais de 100 países. Através desta parceria os clientes corporativos da VIVA têm acesso a uma série de serviços de assessoria em Recursos Humanos, auditoria e consultoria oferecida pela Baker Tilly Brasil Recife.

12 CONDIÇÕES PARA VENDA DOS PLANOS PESSOA JURÍDICA (EMPRESARIAIS), ACIMA DE 50 VIDAS

12.1 Tabela de Preços PJ acima 50 vidas

Os preços para contratação de empresas com mais de 50 vidas são realizados através de estudo técnico atuarial, podendo ser estabelecido um valor *per-capta* por empresa.

É necessário o preenchimento do “[Formulário Reserva de Mercado \(Anexo MCV-7\)](#)” e o preenchimento do perfil contendo a quantidade de funcionários por faixa etária.

12.2 Carências planos Empresariais acima 50 vidas

Para os Planos Empresariais acima de 50 (cinquenta) vias, não há carência.

13 REDE CREDENCIADA

13.1 Hospitais, Urgências, Internações

- Hospital São Marcos
- Hospital Prontolinda
- Hospital Memorial Guararapes
- Hospital Jorge de Medeiros
- Hospital Santa Genoveva
- Hospital de Queimados
- Hospital Infantil Maria Lucinda
- Pediatrias Noite e Dia
- Maternidade Santa Lucia
- Hospital Esperança (Maternidade)
- Hospital de Ávila (Maternidade)

13.2 Exames e Diagnósticos

- CERPE
- Gilson Cidrin
- Protimagem
- Diagno
- Multimagem
- Cemur

- Intercordis – Invest. e terapêuticas em cardiologia
- Prevencor

13.3 Odontologia

- Odonto Saúde Ltda.

14 VESTIMENTA DO CORRETOR VIVA

Roupas ‘sugeridas’ para os corretores, homens e mulheres:

- qualquer tipo de roupa, sóbria,
- sempre limpa,
- sempre bem passada,
- sapatos sempre engraxados,
- barba bem feita.

Evitar o uso de camiseta sem manga, bermudas, chinelos de dedo.

15 KIT DO CORRETOR VIVA

A VIVA fornece uma pasta contendo:

- Tabelas de preços VIVA Individual e Empresarial
- Relação dos medicamentos do Programa de Medicamentos ([Lista dos medicamentos gratuitos VIVA – Anexo Mcv-8](#)).
- Propostas de Adesão PF e PJ (impressas em gráfica) e os anexos ‘Bônus de Lançamento’ e ‘Plano de Redução de Carência’, (“Plano de Redução de Carência – Promocional PF 12, 13, 18 e 20” Ed. 10/2008), material que pode ser alterado a qualquer momento por decisão estratégica da VIVA.
- panfletos de propagandas

É da responsabilidade do corretor autônomo portar:

- cartão de visita pessoal confeccionado por ele mesmo

16 ANEXOS

- Anexo 01 – [Mcv-01 História da VIVA](#) –
- Anexo 02 – [Mcv-02 Tabela VIVA PF – Out.2008](#) –
- Anexo 03 – [Mcv-03 Plano redução de carência – out.08](#) –
- Anexo 04 – [Mcv-04 Orientador Médico PF – Plus](#) –
- Anexo 05 – [Mcv-05 Orientador Médico PJ – Preferencial](#) –

- Anexo 06 – [Mcv-06 Tabela VIVA PJ set.2008](#) –
- Anexo 07 – [Mcv-07 Formulário Reserva de Mercado](#) -
- Anexo 08 – [Mcv-08 Lista de Medicamentos gratuitos VIVA](#) –

17 MATERIAL ORGANIZACIONAL PARA O DIA-A-DIA DO CORRETOR

- Anexo 09 - [Mcv-09 Diversos tipos fechamento de vendas](#) –
- Anexo 10 - [Mcv-10 Fechamentos vendas – objeções, dicas](#) –
- Anexo 11 - [Mcv-11 Técnicas para busca de clientes – Venda autodirigida](#) –
- Anexo 12 - [Mcv-12 Vender realmente – usando PNL](#) –
- Anexo 13 - [Mcv-13 Boas maneiras](#) –
- Anexo 14 - [Mcv-14 E-mail – etiqueta e boas maneiras](#) –
- Anexo 15 - [Mcv-15 Etapas do processo de venda completo](#) –
- Anexo 16 - [Mcv-16 Check-list do trabalho diário do corretor](#) –
- Anexo 17 - [Mcv-17 Agenda semanal com objetivos](#) –
- Anexo 18 - [Mcv-18 Agenda semanal](#) –
- Anexo 19 - [Mcv-19 Agenda mensal](#) –
- Anexo 20 - [Mcv-20 Telemarketing – prospecção diária](#) –
- Anexo 21 - [Mcv-21 Relatório diário de telefonemas, tempo gasto e entrevistas marcadas](#) –
- Anexo 22 - [Mcv-22 Qualificação e estratégia de vendas](#) –
- Anexo 23 - [Mcv-23 Relatório de visitas – diário](#) –
- Anexo 24 - [Mcv-24 Ficha de acompanhamento por prospect](#) –
- Anexo 25 - [Mcv-25 Resultado das visitas e faturamento semanal por corretor](#) –
- Anexo 26 - [Mcv-26 Código de ética do corretor de planos de saúde](#) -

18 MATERIAL ORGANIZACIONAL PARA A GESTÃO DOS CORRETORES

- Anexo 27 – [Mcv-27 Estilos e tipos de corretores](#) –
- Anexo 28 – [Mcv-28 Contrato de treinamento](#) –
- Anexo 29 – [Mcv-29 Treinamento da força de vendas](#) –
- Anexo 30 – [Mcv-30 Avaliação instrutor pelos corretores](#) –
- Anexo 31 – [Mcv-31 Avaliação do desempenho do corretor](#) –
- Anexo 32 – [Mcv-32 Avaliação do coordenador / gerente vendas](#) –
- Anexo 33 – [Mcv-33 Relação clientes de cada corretor / empresa](#) –
- Anexo 34 – [Mcv-34 Controle interno da remuneração mensal](#) –
- Anexo 35 – [Mcv-35 Acompanhamento mensal/acumulado vendas, por corretor](#) –
- Anexo 36 – [Mcv-36 Acompanhamento mensal/acumulado vendas, da empresa](#) –
- Anexo 37 – [Mcv-37 Estatística mensal vendas](#) –
- Anexo 38 – [Mcv-38 Acompanhamento pela coordenação / gerência vendas](#) –
- Anexo 39 – [Mcv-39 Acompanhamento pela diretoria](#) –

19 HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES DESTE DOCUMENTO

Item	Data Alteração/Início	Revisão Nº	Registro da data inicial, Itens Alterados e Motivo das Alterações	Respons. /Visto
1	13/10/2008	0	Data inicial deste documento (MCV).	DCM
2	16/12/2008	1	... (incluir os diversos ajustes do Ricardo)	DCM
3				
4				
5				

Ricardo, vamos definir agora os responsáveis para o “Controle das premiações aos corretores – Mcv-40”? taynah, por enquanto e agilizar solus

Ricardo, acho legal incluir o “Código de Ética Profissional dos Corretores de Seguros, de Resseguros, de Capitalização, de Previdência Privada, de Seguros de Pessoas, de Planos e de Seguros de Saúde, e seus prepostos”, de fevereiro de 2008 (temos anexo, junto aos demais anexos). Aprova? OK, incluir como Anexo.