



# CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR

## I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

O contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar estabelece a relação entre a VIVA PLANOS DE SAÚDE LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o número 04.171.205/0001-90, com sede AV. DR. JOSÉ AUGUSTO MOREIRA, 1251, CASA CAIADA, Olinda/PE, registro junto à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o número 41.279-1, classificação Medicina de Grupo.

## II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

O nome do proponente titular, filiação, data de nascimento, número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física, Número da Cédula de Identidade e endereço completo estão devidamente identificados e qualificados na proposta de adesão, que tem entre si justo e contratado o que abaixo estabelecem, através das seguintes cláusulas e condições:

## III - OBJETO DO CONTRATO

Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços médico-hospitalares, sem limite financeiro à assistência à saúde, ao usuário titular ou aos seus dependentes incluídos no plano de assistência administrado pela operadora, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei n. 9.656/98, observando-se as condições aqui estabelecidas.

## IV - NATUREZA DO CONTRATO

Trata-se de um contrato de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro.

## V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome Comercial do Plano: SAÚDE REFERÊNCIA IF

Número de Registro do Plano na ANS: 457590083

## VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação do presente plano é Individual ou Familiar. O Plano, cujo Tipo de Contratação é Individual e/ou Familiar, é aquele oferecido no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar, em que é facultada ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

## VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O presente contrato possui o tipo de segmentação: Referência

## **VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

A área geográfica de abrangência do produto é Municipal. Município: Recife.

## **IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

Padrão de acomodação em internação é coletiva. Caso não haja vaga na acomodação prevista, fica garantido ao usuário a utilização de acomodação de nível superior, sem ônus adicional para o mesmo.

## **X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

Os beneficiários do plano são as pessoas identificadas expressamente na Proposta de Adesão, sendo considerado titular o CONTRATANTE; e dependentes, as demais pessoas designadas pelo mesmo.

Serão considerados dependentes: cônjuge; os filhos solteiros até 18 anos completos; o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados 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 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 seja feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data comprovada da adoção. A inclusão como dependente somente será aceita pela Contratada na efetiva inclusão do Titular, excetuando-se no caso de inscrição de filho adotivo mencionado no parágrafo anterior.

## **XI - 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.

### **COBERTURA AMBULATORIAL**

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 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 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.

## CONSULTA MÉDICA

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.

## COBERTURAS HOSPITALARES

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.

### COBERTURA OBSTÉTRICA

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;

### EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

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;

## **SAÚDE MENTAL**

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.

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 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.

## **XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

Estão excluídos de todas as coberturas deste plano de assistência, 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. 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.

## **XIII - VIGÊNCIA**

O período inicial de vigência do plano é de 12 (doze) meses. A vigência do plano iniciará a partir da data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro. 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.

## **XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

Renova-se automaticamente o contrato a partir do primeiro ano de vigência 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 à OPERADORA o direito de cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

## **XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar após cumpridos os prazos de carência a seguir descritos, contados a partir do início de vigência do usuário titular e/ou de seu(s) dependente(s):

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>CARÊNCIA</b>
<b>Consultas eletivas em consultório, clínicas e centros médicos</b>	<b>30 dias</b>
<b>Atendimento de urgências/emergências, incluindo complicações gestacionais e acidentes pessoais</b>	<b>24 horas</b>
<b>Exames básicos de apoio diagnóstico</b>	<b>30 dias</b>
<b>Exames especiais de apoio diagnóstico</b>	<b>180 dias</b>
<b>Procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos</b>	<b>30 dias</b>
<b>Procedimentos terapêuticos ambulatoriais especiais</b>	<b>180 dias</b>
<b>Honorários médicos de internação</b>	<b>180 dias</b>
<b>Custos hospitalares de internação</b>	<b>180 dias</b>
<b>Partos a Termo</b>	<b>300 dias</b>

## **XVI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES**

O Usuário titular deste Contrato preencherá uma Declaração de Saúde por si e por seus dependentes, sendo àquele permitido optar por orientação médica para responder as questões, escolhendo um profissional cujo nome conste da Relação de Credenciados e/ou Próprio da OPERADORA, sem qualquer ônus.

Caso o Usuário titular opte por médico não constante da referida relação, este arcará com o ônus decorrente desta opção.

Sendo constatada pela OPERADORA, a existência de lesões ou doenças preexistentes que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, serão oferecidas as seguintes alternativas para cobertura das mesmas:

a. "Cobertura Parcial Temporária", cujo prazo será estipulado pela OPERADORA na proposta cadastral de contratação e que será no máximo 24 (vinte e quatro) meses.

As coberturas suspensas nos casos de Cobertura Parcial Temporária restringem-se aos Procedimentos Cirúrgicos, uso de Leitos de Alta Tecnologia ou Procedimentos de Alta Complexidade, relacionados à doença ou lesão preexistentes. Findado o prazo estipulado, a cobertura do Plano passará a ser integral, não cabendo qualquer tipo de agravo por doença ou lesão preexistente;

b. "Agravo", qualquer acréscimo no valor da mensalidade do Plano de Saúde, que será estipulado pela OPERADORA no ato da opção pelo Usuário. A escolha de uma das alternativas acima dependerá exclusivamente de decisão do Usuário por meio de declaração expressa, constante da proposta cadastral de contratação e da Declaração de Saúde. Será considerado como comportamento fraudulento, à omissão da declaração de doenças ou lesões preexistentes de conhecimento prévio dos Usuários, no ato da contratação e preenchimento da Declaração de Saúde.

A OPERADORA poderá comprovar o conhecimento prévio dos usuários, durante o período de 24(vinte e quatro) meses, cabendo a mesma o ônus da prova.

A OPERADORA poderá utilizar-se de qualquer meio de prova em direito admitido, para fins da comprovação da exigência. Alegada a preexistência de doença ou lesão não declarada por ocasião do preenchimento da proposta cadastral de contratação e Declaração de Saúde, o usuário titular será imediatamente

comunicado pela OPERADORA.

Caso o Usuário não concorde com a alegação, a OPERADORA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação. Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Usuário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo;

Após julgamento e acolhida a alegação da OPERADORA pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Usuário passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada que tenha relação com aquelas doenças ou lesões preexistentes, desde a data da efetiva comunicação por parte da OPERADORA.

Não poderá a OPERADORA alegar doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor durante a mesma.

Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pela ANS.

## **XVII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Para efeito desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou em lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência, entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional. O atendimento de urgência e emergência será garantido, sem restrições, após transcorridas as primeiras 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, o usuário estará coberto para todos os procedimentos, inclusive para aqueles que evoluam para internação hospitalar. A cobertura de urgência / emergência se restringirá pelo período de até 12 (doze) horas, quando for apenas para aqueles eventos constantes do acordo de CPT - Cobertura Parcial Temporária (eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade) relacionados à DLP - doenças e/ou lesões pré-existentes. Como acidente pessoal considera-se o evento ocorrido após 24h do início de vigência do Plano, de forma súbita, involuntária e violenta, por meio exclusivo e diretamente externo que venha a causar lesão física ao usuário do Plano, tornando necessário tratamento médico em caráter de urgência e emergência.

Reembolso - Nos casos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar os serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela OPERADORA, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo Plano contratado, observando-se para cada tipo de procedimento a Tabela de Referência dos Serviços Terceirizados praticada pela OPERADORA com a sua Rede Credenciada. Documentação para Reembolso. Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar à OPERADORA originais dos seguintes documentos:

a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a 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 (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);

Valor dos honorários; Nome, número do Conselho Regional de Medicina e CPF do médico;

c) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultado à OPERADORA periciar os prontuários médicos, resguardados as normas éticas.

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

## **XVIII - REMOÇÃO**

Havendo acordo de cobertura parcial temporária, 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 operadora. Fica garantida a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir 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) Caberão à operadora 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 operadora, 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 prevista na sua rede de atendimento, observado o que segue:

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

## **XIX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

Nos planos desta Operadora as condições médicas abaixo relacionadas, terão o atendimento realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Direcionamento Exclusivo, relacionados no Orientador Médico do plano escolhido.

- a) Transplantes de órgãos cobertos - rins e córneas;
- b) Tratamento cirúrgico da refração;
- c) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- d) Tratamento de oncologia;
- e) Tratamento para doenças neurológicas, ortopédicas, nefrológicas;
- f) Tratamento fisioterápico de reabilitação;
- g) Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir :

Grupo Diagnóstico CID Doenças do aparelho cárdio-circulatório I 10 - I 52 Diabetes mellitus E 10 - E 14 Doenças crônicas de vias aéreas inferiores J 40 - J 47 Insuficiência renal. N 17 - N 19 Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações B 20 - B 24 Oncologia C 00 - C97/D00 - D09 Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química F00 - F99.

Será fornecido ao usuário titular uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela operadora.

a) A operadora reserva-se o direito de a qualquer tempo credenciar ou descredenciar médicos, hospitais e serviços auxiliares, devendo o descredenciamento do prestador hospitalar ser comunicado à Agência Nacional de Saúde e ao usuário titular, com trinta dias de antecedência.

b) Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar, ocorrer por vontade da operadora durante

o período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

c) Em caso de substituição hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período rescisão contratual solicitada pelo prestador credenciado, o usuário que se encontrar em regime de internação hospitalar, será imediatamente transferido para outra entidade hospitalar equivalente, garantido a continuação da assistência, sem quaisquer ônus para o usuário titular.

d) Em caso de rescisão contratual solicitada pelo prestador credenciado, o usuário que se encontrar em regime de internação hospitalar permanecerá na unidade hospitalar até a sua alta definitiva, exceto em caso de fraude ou infração de normas sanitárias e fiscais em vigor, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

e) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, com as devidas informações conforme inciso 4º da Lei 9656/98.

Nos casos de urgência ou emergência em que ocorra a internação em outro hospital que não faça parte deste programa, esta deverá ser comunicada imediatamente à Operadora, que após autorização por parte do responsável ou de seu médico, providenciará a remoção do paciente para um dos hospitais de direcionamento. Nos casos em que não se caracterize a urgência ou emergência, não haverá reembolso.

#### DAS DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

Em caso de divergência sobre os direitos contratuais, as mesmas serão esclarecidas por uma junta médica constituída por três membros, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo CONTRATANTE e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, sua designação será solicitada à Associação Brasileira de Medicina de Grupo ou, em sua falta, a outra associação médica.

Cada parte pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos pela CONTRATADA. Caso o profissional solicitado ou nomeado pelo beneficiário seja credenciado pela Operadora, o beneficiário não deverá arcar com os respectivos honorários.

As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela Operadora, até 5 (cinco) dias úteis da data internação.

A exigência da declaração do médico assistente visa a deixar claro para a Operadora e o CONTRATANTE a existência da cobertura prevista neste contrato, devendo especificar o diagnóstico, o tempo de evolução da doença, e o tratamento proposto. Os exames e procedimentos terapêuticos especiais necessitarão sempre da autorização prévia da Operadora.

Será fornecido ao usuário titular uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da operadora.

Será fornecida pela operadora a cada um dos usuários uma Carteira de Identificação, cuja apresentação será indispensável para utilização de qualquer tipo de serviço prestado pela mesma ou por sua rede credenciada.

Ocorrendo a perda ou extravio da Carteira de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela operadora, o usuário titular obriga-se a comunicar de imediato o fato à mesma, por escrito, responsabilizando-se pelo seu uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela Operadora.

Garantia ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

## **XX - FORMAÇÃO DE PREÇO**

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada serão fixados de forma pré-estabelecida, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária será efetuado pelo usuário titular antes da utilização das coberturas contratadas.

## **XXI - PAGAMENTO DA MENSALIDADE**

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

§ 1º - O pagamento da fatura mensal deverá ser efetuada 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.

§ 2º - O não recebimento da fatura por parte do Estipulante, dentro do prazo de pagamento, não o isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, devendo este fato ser notificado em tempo hábil à operadora, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na aplicação de todas as condições que regem o presente Contrato.

§ 3º - O pagamento antecipado dos custos mensais não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos no presente Contrato.

São obrigações do CONTRATANTE:

Pagar o valor da taxa de adesão contratual, acrescida dos encargos para a implantação e documentação no ato da assinatura da Proposta de Adesão contratual;

Pagar mensalidades subsequentes de acordo com o estabelecido pela Operadora, relativamente ao local, forma e data do pagamento;

Nos casos 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 exclusão à Operadora, com a apresentação de uma declaração, para a alteração contratual e emissão de novo carnê de pagamento.

A data do vencimento das mensalidades será a da assinatura do presente contrato e respectiva Solicitação de Adesão.

Parágrafo Único: O pagamento da primeira parcela deve ser feito no ato de assinatura do presente contrato.

## **XXII - REAJUSTE**

Mediante a autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o reajuste dos valores dos custos mensais será efetuado anualmente, no mês de aniversário do Contrato:

- a) Os reajustes anuais abrangerão todos os usuários independentemente de sua faixa etária;
- b) O critério de atualização aqui previsto poderá ter periodicidade inferior a um ano desde que haja autorização do órgão governamental competente.

## **XXIII - FAIXAS ETÁRIAS**

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 será aquele estabelecido nesta cláusula.

<b>FAIXAS ETÁRIAS - As faixas etárias deste plano são as seguintes:</b>		
<b>NÚMERO DE ORDEM</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>PERCENTUAL DE ACRÉSCIMO</b>
<b>1</b>	<b>De 00 até 18 anos</b>	
<b>2</b>	<b>De 19 até 23 anos</b>	<b>17,00%</b>
<b>3</b>	<b>De 24 até 28 anos</b>	<b>15,03%</b>
<b>4</b>	<b>De 29 até 33 anos</b>	<b>15,59%</b>
<b>5</b>	<b>De 34 até 38 anos</b>	<b>15,82%</b>
<b>6</b>	<b>De 39 até 43 anos</b>	<b>2,76%</b>
<b>7</b>	<b>De 44 até 48 anos</b>	<b>32,11%</b>
<b>8</b>	<b>De 49 até 53 anos</b>	<b>42,95%</b>
<b>9</b>	<b>De 54 até 58 anos</b>	<b>29,00%</b>
<b>10</b>	<b>De 59 anos em diante</b>	<b>32,64%</b>

Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela Operadora, 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.

#### **XXIV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

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.

#### **XXV – RESCISÃO**

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

- não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de sua vigência.

A falta de quitação do custo mensal até o sexagésimo primeiro dia posterior a data de seu vencimento implicará no cancelamento do plano, desde que o usuário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo

dia de atraso.

Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude ou dolo.

O contrato poderá ser cancelado de pleno direito, quando não mais houver interesse por parte do contratante.

## **XXVI - DISPOSIÇÕES GERAIS**

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 são de inteira responsabilidade do CONTRATANTE.

Será obrigatório a apresentação dos seguintes documentos no ato da consulta:

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

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

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

A CONTRATADA fornecerá a cada beneficiário um cartão de identificação do plano de saúde que permitirá a sua utilização acompanhado de documento de identidade, dentro das cláusulas contratuais.

Os planos de rede credenciada da Operadora são planos de cobertura de custos para despesas médico-hospitalares, pelo qual o CONTRATANTE pode utilizar os serviços credenciados de médicos, de serviços auxiliares de apoio diagnóstico e tratamento e de hospitais que formam a rede credenciada.

## **PRESTADORES DE SERVIÇOS**

São todas as pessoas físicas ou jurídicas que compõem a REDE CREDENCIADA CONTRATADA para os atendimentos dos benefícios contratuais.

Fazem parte do contrato a Proposta de Adesão que inclui o Documento de Informações Pessoais dos Beneficiários, a Tabela de Vendas, a Tabela de Procedimentos, o Rol de Procedimentos Médicos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e o Orientador Médico com a rede credenciada.

## **XXVII - ELEIÇÃO DE FORO**

Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do contratante. E, por estarem justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma perante as testemunhas abaixo assinadas, para que dele surtam os jurídicos e legais efeitos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
USUÁRIO TITULAR

\_\_\_\_\_  
OPERADORA

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (1)

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (2)