

g. Área de Atuação do Plano de Saúde

Região 06

h. Padrão de Acomodação em Internação

O plano não prevê Internamento.

i. Formação de Preço

O valor a ser pago pelos serviços ajustados na forma deste contrato será pré-estabelecido.

j. Serviços e Coberturas Adicionais

Não há previsão de serviços e coberturas adicionais nesta segmentação assistencial.

I. Atributos do Contrato

O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de **Plano Privado de Assistência à Saúde**, visando à assistência médico-hospitalar para a segmentação assistencial contratada, de acordo com o disposto no Inciso I do Art. 1º da Lei 9656/98, estando assegurada a cobertura de todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento, para o tratamento de todas as doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10ª Revisão, CID - 10, aos beneficiários regularmente inscritos na forma e condições deste instrumento.

Este **Plano Privado de Assistência à Saúde** é de adesão, reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, conforme disposto nos artigos Art. 458 e 461 da Lei nº 10.406/02, (Novo Código Civil), estando sujeito também às disposições do Art. 54 da Lei nº 8.078/90 (Código de Direitos do Consumidor).

II. Condições de Admissão

Sendo este um **Plano Privado de Assistência à Saúde** de contratação coletiva, a condição necessária para o ingresso do beneficiário titular é a vinculação à empresa contratante, não havendo qualquer outra exigência para sua inscrição.

O presente contrato destina-se ao atendimento de beneficiários ligados à empresa contratante por qualquer um dos vínculos definidos abaixo:

- I – Os empregados;
- II – Os sócios;
- III – Os administradores;
- IV – Os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- IV – Os agentes políticos;
- V – Os trabalhadores temporários;
- VI – Os estagiários e menores aprendizes;
- VII – O cônjuge ou companheiro (a), os filhos naturais ou adotivos e os demais componentes do grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, dos beneficiários ligados à empresa contratante por algum dos vínculos definidos acima.

O beneficiário poderá incluir filho adotivo que, quando menor de 12 (doze) anos de idade, terá assegurado o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo adotante.

O ingresso dos componentes do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano contratado e sua inscrição será de iniciativa da pessoa jurídica contratante.

A pessoa jurídica contratante deverá comprovar junto à operadora, a cada inscrição, a data da vinculação do beneficiário à empresa.

III. Cobertura e Procedimentos Garantidos

Respeitada a área geográfica de abrangência, a segmentação assistencial contratada, as exclusões e carências definidas neste contrato, a contratação deste **Plano Privado de Assistência à Saúde** garante a cobertura de todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, para o tratamento de todas as doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10ª Revisão, CID – 10, assegurando o atendimento descrito independentemente do local de origem do evento.

Garante também os procedimentos destinados aos casos de planejamento familiar, previstos no Anexo I da RN 192/2009, e a participação de médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento, sempre que haja indicação clínica.

No **Plano Privado de Assistência à Saúde** da segmentação assistencial **Ambulatorial**, contratado na forma deste termo, fica assegurada a cobertura de:

- a) Consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, incluindo o atendimento pré-natal, em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, quando previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde desta segmentação assistencial e solicitados pelo médico assistente ou por cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde que sua execução não caracterize internação hospitalar.
- c) Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, quando solicitadas pelo médico assistente, em número e frequência estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- d) Cobertura de sessões de psicoterapia realizadas por psicólogo ou médico psiquiatra, quando solicitadas pelo médico assistente, em número e frequência estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- e) Cobertura de procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, sem limitação do número de sessões, realizados por fisioterapeuta ou médico fisiatra, conforme indicação do médico assistente.
- f) Cobertura para os seguintes procedimentos especiais, em regime de atendimento Ambulatorial:
 - Hemodiálise e Diálise peritoneal – CAPD
 - Quimioterapia Oncológica Ambulatorial
 - Radioterapia Ambulatorial
 - Procedimentos Ambulatoriais de Hemodinâmica
 - Hemoterapia Ambulatorial
 - Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais
- g) Atendimento às emergências psiquiátricas, assim entendidas as situações que impliquem em risco de vida para o beneficiário ou para

terceiros, em risco de danos morais ou patrimoniais expressivos, incluídas as tentativas e suicídio e auto-agressão.

- h) Psicoterapia de crise, assim entendido o atendimento intensivo prestado imediatamente após o atendimento da emergência psiquiátrica, com a duração máxima de doze semanas e limitada a doze sessões anuais não cumulativas.

IV. Exclusões de Cobertura

Este **Plano Privado de Assistência à Saúde** destina-se ao atendimento na segmentação **Ambulatorial**, cobre apenas procedimentos médicos que constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento para esta segmentação assistencial, prevendo as seguintes limitações e exclusões de cobertura:

- a) *Procedimento diagnóstico e terapêutico em hemodinâmica que demande internação e apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, internamento ou atendimento em unidade de terapia intensiva ou similar.*
- b) *Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da local, da sedação ou do bloqueio.*
- c) *Quimioterapia intra-tecal ou que demande internação.*
- d) *Procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar.*
- e) *Nutrição enteral ou parenteral.*
- f) *Embolizações e radiologia intervencionista.*
- g) *Internações hospitalares.*
- h) *Procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas, recuperação pós-anestésica, unidade de terapia intensiva ou similar.*

Também está prevista a exclusão, nesta segmentação ambulatorial, do atendimento às seguintes situações e procedimentos:

- a) *Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.*
- b) *Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.*
- c) *Inseminação artificial e reprodução assistida.*
- d) *Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.*
- e) *Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados.*

- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.*
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.*
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.*
- i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.*
- j) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.*
- k) Consultas e atendimentos domiciliares.*
- l) Despesas extraordinárias com consumo de frigobar, telefone, estacionamento e alimentação fora dos horários e cardápios estabelecidos pelo hospital.*
- m) Exames de rotina para concursos, admissão em clubes ou escolas, frequência de piscinas e obtenção e renovação da Carteira Nacional de Habilitação.*
- n) Procedimentos de acupuntura realizados por profissionais não médicos.*
- o) Exames de paternidade.*
- p) Escleroterapia de varizes.*
- q) Atendimentos, procedimentos, exames ou tratamentos de natureza eletiva realizados fora da área de abrangência da operadora.*
- r) Aplicação de vacinas preventivas.*
- s) Cirurgias para mudança de sexo.*
- t) Realização de procedimentos e exames a pedido do usuário, sem fundamentação médica.*

V. Duração do Contrato

O presente contrato passa a vigorar, para determinação de sua vigência e para efeito de reajuste anual, a partir da data de sua assinatura.

O prazo mínimo de vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data definida no parágrafo anterior, período a partir do qual será renovado automaticamente, sem incidência de taxa ou ônus adicional, e passa a vigorar por tempo indeterminado.

VI. Períodos de Carência

Os prazos de carência previstos para a cobertura dos procedimentos listados abaixo, quando exigíveis, serão estabelecidos individualmente para cada beneficiário, tendo como início da sua contagem a data da inscrição no plano contratado.

As coberturas contratadas para a segmentação assistencial ambulatorial somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carências descritos abaixo:

24 (Vinte e Quatro) Horas

Urgências e Emergências

30 (Trinta) Dias

Consultas Médicas

Eletrocardiograma

Exames Laboratoriais - Análises Clínicas

Exames Radiológicos Simples

Cirurgias Ambulatoriais

Colposcopia

Exames Citopatológicos

60 (Sessenta) Dias

Ultra-sonografia

Teste Ergométrico

Provas de Função Pulmonar

Eletroencefalografia

Procedimentos diagnósticos em Otorrinolaringologia

Procedimentos diagnósticos em Oftalmologia

Procedimentos diagnósticos em Urologia

Mamografia

180 (Cento e Oitenta) Dias

Anatomia Patológica

Exames Citogenéticos

Procedimentos de Medicina Nuclear

Densitometria Óssea

Tomografia

Ressonância Nuclear Magnética

Exames Radiológicos Contrastados

Ecocardiografia

Endoscopia Digestiva

Colonoscopia

Retossigmoidoscopia

Eletrocardiografia Dinâmica (HOLTER)
Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)
Fisioterapia
Quimioterapia
Radioterapia
Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD
Exames de Alergologia - Testes de Alergia e Vacinas
Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais
Hemoterapia Ambulatorial
Sessões de Acupuntura
Eletroneuromiografia
Ultra-sonografia com Doppler
Sessões de Psicoterapia
Sessões de Fonoaudiologia
Sessões com Nutricionista
Sessões de Terapia Ocupacional
Tilt-Test

Os prazos de carência para a cobertura de procedimentos que não estão listados acima, quando exigíveis, serão de 180 (cento e oitenta) dias.

Nos contratos de Plano Coletivo Empresarial com 30 (trinta) ou mais participantes não será exigido o cumprimento de carências para o acesso aos procedimentos listados sempre que o beneficiário e seus dependentes aderirem em até trinta dias da celebração do mesmo ou em até trinta dias da sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Sendo exigível o cumprimento de carências, a contagem se dará individualmente, a partir do ingresso de cada beneficiário no plano.

VII. Doenças e Lesões Pré-existentes

Ao contratar o plano de saúde ou inscrever seu dependente, o beneficiário titular deverá, após tomar conhecimento da **Carta de Orientação ao Beneficiário**, preencher a **Declaração de Saúde**, informando à operadora a existência de **Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP**, aquelas doenças ou patologias que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador no momento da adesão, sendo os formulários indicados acima padronizados pela ANS e parte obrigatória do contrato.

Para o preenchimento da Declaração de Saúde o beneficiário poderá solicitar, sem qualquer ônus, orientação de um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados

pela Operadora. O beneficiário poderá, ainda, a seu critério, solicitar a orientação de médico alheio ao quadro de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela Operadora, quando então arcará com o ônus decorrente.

Identificada a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes, a operadora deverá oferecer contrato com **Cobertura Parcial Temporária – CPT**, definida como a suspensão, pelo período ininterrupto de até 24 meses, de **Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos**, exclusivamente aqueles relacionados às doenças e lesões registradas.

É facultado à operadora o oferecimento de Agravo com alternativa à Cobertura Parcial Temporária, entendido como um acréscimo no valor das contraprestações pagas para que o beneficiário tenha direito à cobertura integral, nas condições do contrato, para a doença ou lesão preexistente constatada.

Este Agravo será definido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa à percentual ou valor e período de vigência do acréscimo aplicado à contraprestação.

Se identificada a omissão da informação de Doenças ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação do Plano de Saúde, a operadora notificará imediatamente o beneficiário, através de **Termo de Comunicação ao Beneficiário**, podendo oferecer-lhe as opções de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Não havendo acordo quanto à omissão de informações sobre Doenças ou Lesões Preexistentes, a operadora abrirá processo administrativo junto à ANS, cabendo-lhe o ônus da prova e não sendo permitida negativa de cobertura, suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação da decisão relativa à questão apresentada.

Solicitado pela ANS, o Beneficiário ou seu representante legal deverão remeter a esta a documentação necessária para a instrução do processo.

Caracterizada a omissão intencional de informações sobre a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada em relação à estas, desde a data da efetiva comunicação, podendo ter rescindido seu contrato por fraude comprovada.

Quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde, é

vedada à Operadora a alegação posterior de omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente.

Não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos em que a operadora, informada da existência de Doenças ou Lesões Preexistentes, não oferecer Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual.

Havendo Cobertura Parcial Temporária, a cobertura assistencial passará a ser integral, no limite da segmentação assistencial contratada, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Decorridos 24 meses ou mais da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde é vedado à Operadora alegar Doença ou Lesão Preexistente.

Nos contratos de **Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial** com 30 (trinta) ou mais participantes não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo nos casos de Doenças ou Lesões Preexistentes para os beneficiários que aderirem ao plano em até trinta dias da assinatura do contrato ou em até trinta dias da sua vinculação à empresa contratante.

VIII. Atendimento de Urgência e Emergência

Para as finalidades deste contrato caracteriza-se como **situação de emergência** todo o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, definida em declaração do médico assistente, e como **situação de urgência** os eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Sendo este um plano de segmentação assistencial **Ambulatorial**, a operadora garantirá, nos casos que caracterizem urgência ou emergência, o atendimento durante as 12 (doze) primeiras horas desde a admissão ou até que se caracterize a necessidade de internamento.

Decorridas 12 (doze) horas do momento da admissão ou quando definida a necessidade de internamento, ainda que este seja realizado na mesma unidade hospitalar, cessará a cobertura, sendo que a responsabilidade financeira passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Não havendo entendimento sobre a cobertura para a continuidade do tratamento, a operadora promoverá a remoção para unidade hospitalar do SUS, garantindo o transporte do paciente em ambulância com os recursos necessários para manutenção das condições vitais, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro na unidade de destino.

Quando a remoção for impossível por representar risco de vida para o paciente, o contratante e o prestador deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora, assim, deste ônus.

Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pelo atendimento em unidade diferente da definida acima, a operadora fica desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Depois de realizados os atendimentos classificados como emergência e urgência, a operadora garantirá a remoção para outra unidade da rede de prestadores se caracterizada, pelo médico assistente, a insuficiência dos recursos oferecidos no local de atendimento.

Quando, para o atendimento de urgência e emergência, não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação da operadora, o beneficiário terá reembolsadas as despesas até o limite dos valores praticados junto à rede de prestadores contratados.

Para tanto deverá apresentar, no prazo máximo de um ano da ocorrência do fato, declaração do médico assistente caracterizando a situação de urgência ou emergência, cópia de inteiro teor do prontuário médico relativo ao atendimento e comprovantes dos pagamentos efetuados.

Informada do ocorrido e apresentados os documentos e comprovantes necessários, a operadora promoverá o ressarcimento devido em até trinta dias.

IX. Acesso à Livre Escolha de Prestadores

Este plano não permite a livre escolha de prestadores de serviço.

X. Mecanismo de Regulação

Ao aderir ao presente plano privado de assistência à saúde os beneficiários indicados pela entidade contratante receberão um Cartão de Identificação e uma senha exclusiva, pessoais e intransferíveis, que deverão ser apresentados aos prestadores de serviços em consultórios médicos, no pronto atendimento da área geográfica de abrangência ou na Central de Atendimento.

A relação de prestadores, serviços credenciados e contratados, tanto para atendimento ambulatorial quanto hospitalar, é amplamente divulgada aos beneficiários através de material gráfico promocional disponível na sede da operadora e nos locais de atendimento, em página da operadora na

internet, no endereço www.semprevida.com.br, ou por informações disponíveis na Central de Atendimento.

De posse do Cartão de Identificação e munido da senha de acesso, o beneficiário poderá procurar os consultórios médicos e clínicas credenciadas, localizados na área geográfica de abrangência, onde ocorrerá a liberação da consulta médica.

Para as consultas médicas e procedimentos realizados fora da área geográfica de abrangência, as liberações e os encaminhamentos serão feitos pela Central de Atendimento, que emitirá guia de consulta e agendará o atendimento.

Os exames laboratoriais solicitados serão liberados nos laboratórios de análises clínicas, quando realizados na área geográfica de abrangência, ou na Central de Atendimento, quando para outros prestadores, mediante apresentação da guia própria preenchida pelo médico assistente.

Os exames de imagem realizados na área de abrangência geográfica serão liberados no Centro de Diagnóstico por Imagem ou na Central de Atendimento da operadora, também mediante apresentação da guia própria preenchida pelo médico assistente.

Exigem auditoria e autorização prévia e serão liberadas pela Central de Atendimento as sessões de fisioterapia, sessões com nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional, os procedimentos diagnósticos em oftalmologia, as cirurgias eletivas, os internamentos em instituições localizadas fora da área geográfica de abrangência, os atendimentos e internamentos em oncologia, os exames de ressonância nuclear magnética, os exames de medicina nuclear, os exames e procedimentos em hemodinâmica, os procedimentos de neurofisiologia e a nefrolitotripsia.

Os procedimentos diagnósticos, tratamentos e procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados por médico ou cirurgião dentista que não pertença à rede de profissionais credenciados pela operadora, seguindo as rotinas definidas acima para sua liberação e realização.

Nos casos em que são exigidas auditoria e autorização prévias, os procedimentos serão liberados imediatamente nos casos de emergência ou urgência ou em até um dia útil, após a apresentação da solicitação, nos demais casos.

Havendo divergência na liberação de procedimentos sujeitos a auditoria e autorização prévia, será constituída junta médica composta pelo profissional solicitante ou outro nomeado pelo usuário, por um médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois

profissionais acima nomeados, remunerado pela operadora, para dirimir o impasse existente.

Qualquer alteração de rede hospitalar, por substituição de instituição credenciada, será comunicada à ANS e aos beneficiários com a antecedência de trinta dias.

Em caso de redimensionamento do atendimento hospitalar por redução da rede de instituições credenciadas, a operadora buscará a autorização da ANS e informará os beneficiários após devidamente liberada.

O plano de saúde contratado na forma deste instrumento não prevê o pagamento de co-participação ou franquia nos atendimentos realizados na área geográfica de abrangência da operadora.

Nos atendimentos ambulatoriais realizados fora da área geográfica de abrangência da operadora será devida uma co-participação de 30% (trinta por cento) sobre o valor de cada procedimento realizado.

Este valor será pago pela operadora ao prestador de serviço na fatura apresentada e será ressarcido pelo beneficiário, juntamente com a mensalidade, no mês seguinte ao atendimento.

XI. Formação de Preço e Mensalidade

O presente contrato de plano privado de assistência à saúde tem seu preço pré-estabelecido, com o valor da contraprestação pecuniária fundamentado em cálculo atuarial.

Para fins de pagamento das contraprestações a operadora emitirá fatura contemplando o valor total a ser pago e o vencimento da mesma ocorrerá no dia **XX (xxx)** do mês seguinte, se dia útil, ou no primeiro dia útil subsequente, se aquele coincidir com feriado bancário.

Para a elaboração e emissão da fatura, não haverá distinção de valores da contraprestação entre os beneficiários que vierem a ser incluídos e aqueles já vinculados ao contrato.

O pagamento deverá ser feito pela empresa contratante diretamente à operadora, sendo de sua exclusiva responsabilidade.

Nos casos de exoneração do contrato de trabalho sem justa causa e nos casos da aposentadoria, quando o beneficiário mantiver sua adesão ao plano de saúde, na forma dos Art. 30 e Art. 31 da Lei nº 9656/1998, assumirá o pagamento integral da contraprestação devida diretamente à operadora.

Em caso de inadimplemento no pagamento da fatura apresentada, o valor da mesma será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

XII. Reajuste

O presente contrato de **Plano Privado de Assistência à Saúde** terá suas mensalidades e a lista de preços corrigidos anualmente, na data do seu aniversário, pela variação acumulada do IPCA nos doze meses imediatamente anteriores ao mês do reajuste.

Sempre que a sinistralidade anual, assim considerada a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano contratado nos doze meses anteriores ao mês do reajuste, já incorporada a variação dos valores pela aplicação do índice referido acima, ultrapassar o limite de 65%, será negociado entre as partes um índice adicional, cumulativo ao indicado no parágrafo anterior.

Definido o reajuste aplicado ao contrato, o mesmo será informado à ANS na forma da norma vigente à época do evento.

Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato.

XIII. Faixas Etárias

a) Depois de 01/01/2004 – RN 63, de 22 de Dezembro de 2003

O valor da mensalidade, no curso do contrato, será corrigido em função da variação da idade do beneficiário.

A variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária somente será aplicada no mês subsequente ao do aniversário.

Na tabela de preços a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser maior do que aquela acumulada entre a primeira e a sétima e o valor fixado para a última não poderá ser superior a seis vezes aquele estipulado para a primeira.

I -	0 (zero) a 18 (dezoito) anos;	_____ %
II -	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;	_____ %
III -	24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;	_____ %
IV -	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;	_____ %
V -	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;	_____ %
VI -	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;	_____ %
VII -	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;	_____ %
VIII -	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;	_____ %

- IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; _____ %
X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais. _____ %

b) Antes de 01/01/2004 – RN 63, de 22 de Dezembro de 2003

O valor da mensalidade, no curso do contrato, será corrigido em função da variação da idade do beneficiário.

A variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária somente será aplicada no mês subsequente ao do aniversário.

Na tabela de preços a variação do valor fixado para a última faixa não poderá ser superior a seis vezes aquele estipulado para a primeira.

Não será aplicada a correção da contraprestação pecuniária ao beneficiário que atingir 60 (sessenta) anos de idade e que participe do plano de saúde há mais de 10 (dez) anos.

- I - 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade; _____ %
II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade; _____ %
III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade; _____ %
IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade; _____ %
V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade; _____ %
VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade; _____ %
VII - 70 (setenta) anos de idade ou mais. _____ %

XIV. Bônus – Descontos

Não há previsão de bônus ou descontos nesta modalidade de contratação.

XV. Regras Para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos

Ao consumidor que contribuiu para o plano de saúde em **decorrência de vínculo empregatício** é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, quando demitido sem justa causa, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sendo-lhe asseguradas ainda as vantagens obtidas pelos demais empregados em negociações coletivas de trabalho.

A permanência no plano, assegurada ao beneficiário, equivale a um terço do seu período de contribuição, garantido um prazo mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Para exercer este direito o beneficiário deverá formalizar sua adesão ao plano em até 30 (trinta) dias de sua exoneração, assumindo o pagamento integral das contraprestações pecuniárias.

O direito à manutenção do plano de assistência à saúde é extensivo aos componentes do grupo familiar inscritos durante a vigência do contrato de trabalho e os mesmos mantêm o direito em caso de morte do beneficiário titular.

O direito de manutenção do plano de saúde assegurado cessa quando decorridos os prazos mencionados acima ou quando da admissão do beneficiário em novo emprego.

Ao aposentado que contribuiu para plano de assistência à saúde em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sendo lhe asseguradas ainda as vantagens obtidas pelos demais empregados em negociações coletivas de trabalho..

Quando o aposentado tiver contribuído para plano de assistência à saúde por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário à razão de um ano para cada ano de contribuição, igualmente tendo asseguradas ainda as vantagens obtidas pelos demais empregados em negociações coletivas de trabalho.

Para exercer este direito o beneficiário deverá formalizar sua adesão ao plano em até 30 (trinta) dias de sua exoneração, assumindo o pagamento integral das contraprestações pecuniárias.

O direito à manutenção do plano de assistência à saúde é extensivo aos componentes do grupo familiar inscritos durante a vigência do contrato de trabalho e os mesmos mantêm o direito em caso de morte do beneficiário titular.

O direito de manutenção do plano de saúde assegurado cessa quando decorridos os prazos mencionados acima ou quando da admissão do beneficiário em novo emprego.

Para o exercício dos direitos descritos o beneficiário deverá ter contribuído financeiramente para o plano de saúde durante a vigência do vínculo empregatício, não sendo considerada contribuição, nos planos integralmente custeados pela empresa, a co-participação paga única e exclusivamente como fator moderador na utilização de serviços de assistência médica ou hospitalar.

No caso de cancelamento do plano coletivo mantido pela pessoa jurídica contratante, é assegurada ao universo dos beneficiários inscritos a

disponibilidade de plano de saúde individual/familiar sem o cumprimento de novos prazos de carência.

XVI. Condições de Perda da Qualidade de Beneficiário

Caberá exclusivamente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários do plano de saúde, mediante requisição escrita enviada à operadora.

A operadora somente suspenderá ou excluirá beneficiários do plano de saúde sem a anuência da pessoa jurídica contratante nos casos de fraude comprovada, no caso de perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou, no caso de dependentes, quando cessar a dependência econômica que possibilitou sua inscrição.

Nos casos de exoneração do contrato de trabalho sem justa causa e nos casos da aposentadoria, quando o beneficiário contribui para o plano de saúde, poderá manter sua adesão na forma dos Art. 30 e Art. 31 da Lei nº 9656/1998.

XVII. Rescisão e Suspensão

Decorrido o prazo mínimo de vigência de um ano, a operadora ou a pessoa jurídica contratante poderão rescindir unilateralmente o presente contrato mediante a notificação à parte contrária com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Na hipótese da rescisão imotivada deste contrato antes de decorrido o prazo mínimo de vigência, a parte que tomou a iniciativa da rescisão pagará multa equivalente ao valor da metade das mensalidades que faltam para completar um ano.

A operadora poderá promover a rescisão unilateral em caso de inadimplência da pessoa jurídica contratante por um período consecutivo ou não de sessenta dias em doze meses de contrato.

A rescisão pelos motivos previstos neste item não exime a pessoa jurídica contratante do cumprimento das obrigações pecuniárias vencidas, podendo a operadora propor as medidas cabíveis para o recebimento de seus haveres.

XVIII. Disposições Gerais

Assumindo o USUÁRIO TITULAR a continuidade do pagamento do plano de saúde no qual estava inscrito, deverá manter atualizado seu endereço de correspondência no cadastro da operadora para fins de eventual comunicação de rescisão do contrato, devendo comunicar

qualquer alteração do mesmo, por escrito, no prazo máximo de 7 (sete) dias.

A inobservância do disposto neste item por parte do USUÁRIO TITULAR exime a operadora da responsabilidade por eventuais prejuízos que o mesmo venha a sofrer devido à impossibilidade do recebimento das notificações devidas.

Qualquer alteração nas condições pactuadas neste instrumento deverá ser objeto de comum acordo entre as partes contratantes, registrada por escrito em aditivo contratual e dependerá de prévia autorização da ANS, não podendo infringir a legislação vigente à época de sua formalização.

As declarações prestadas pelo USUÁRIO TITULAR ou por seus dependentes, registradas no Termo de Adesão ou em qualquer outro documento relacionado com este contrato, serão partes integrantes deste instrumento e a operadora fica expressamente autorizada a utilizá-las a qualquer tempo, não caracterizando sua utilização ofensa ao sigilo profissional.

A operadora exime-se de qualquer ônus decorrente de ajustes particulares feitos, a sua revelia pela pessoa jurídica contratante ou por beneficiários com médicos, hospitais, laboratórios ou outros prestadores de serviço, participantes da rede credenciada ou não.

O pagamento de qualquer valor decorrente dos eventuais ajustes ou acordos mencionados acima será de inteira responsabilidade da pessoa jurídica contratante ou do usuário que promoveu o ajuste.

Em caso de insolvência da pessoa jurídica contratante a massa falida responde pelas obrigações pecuniárias assumidas com a operadora.

Em caso de morte ou incapacidade civil do USUÁRIO TITULAR, nas situações em que este assume a responsabilidade pelo pagamento das mensalidades, passam a responder por suas obrigações pecuniárias com a operadora o Espólio, seus herdeiros ou o curador nomeado para representá-lo nos atos da vida civil.

É parte integrante do presente contrato a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Declaração de Saúde, o Manual de Leitura de Contrato e o Guia de Leitura Contratual, que serão entregues ao beneficiário pela empresa jurídica contratante por ocasião da sua adesão ao plano de saúde.

Cópia do presente contrato estará em poder da pessoa jurídica contratante e à disposição do beneficiário para consultas.

XIX. Eleição de Foro

Fica eleito o foro do CONTRATANTE para dirimir toda e qualquer dúvida que possa advir da execução das condições de contrato do presente contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Marechal Cândido Rondon, ____ de _____ de _____

Contratante

Contratada

Testemunha

Testemunha

ANEXO II
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Anexo II



Operadora: Hospital Marechal Cândido Rondon Ltda.

CNPJ: 81.564.346/0001-14

Nº de registro na ANS: 39239-1

Site: <http://www.semprevida.com.br>

Tel.: 45 3284-7107

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes -DLP- são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-40
RIO DE JANEIRO - RJ



Disque-ANS: 800 701 9656
www.ans.gov.br
OUVIDORIA@ANS.GOV.BR