

f. Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde

Grupo de Municípios.

É definido os seguintes municípios como área geográfica de abrangência:

Anahy/PR	Guaraniaçu/PR	Pato Bragado/PR
Assis Chateaubriand/PR	Ibema/PR	Quatro Pontes/PR
Boa Vista da Aparecida/PR	Itaipulândia/PR	Quedas do Iguaçu/PR
Braganey/PR	Jesuítas/PR	Santa Helena/PR
Cafelândia/PR	Lindoeste/PR	Santa Lúcia/PR
Campo Bonito/PR	Marechal Cândido Rondon/PR	Santa Tereza do Oeste/PR
Capitão Leônidas Marques/PR	Maripá/PR	Santa Terezinha de Itaipu/PR
Cascavel/PR	Matelândia/PR	São José das Palmeiras/PR
Catanduvás/PR	Medianeira/PR	São Miguel do Iguaçu/PR
Céu Azul/PR	Mercedes/PR	Serranópolis do Iguaçu/PR
Corbélia/PR	Missal/PR	Terra Roxa/PR
Diamante D'Oeste/PR	Nova Aurora/PR	Toledo/PR
Entre Rios do Oeste/PR	Nova Laranjeiras/PR	Três Barras do Paraná/PR
Formosa do Oeste/PR	Nova Santa Rosa/PR	Tupãssi/PR
Foz do Iguaçu/PR	Ouro Verde do Oeste/PR	Vera Cruz do Oeste/PR
Guaíra/PR	Palotina/PR	

g. Área de Atuação do Plano de Saúde

Região 06.

h. Padrão de Acomodação em Internação

Enfermaria

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.

Havendo o beneficiário cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias previsto para o parto a termo, fica-lhe assegurada a inscrição de filhos recém-nascidos, naturais ou adotivos, como dependentes, isentos do cumprimento de períodos de carência, de cobertura parcial temporária ou de agravo, quando a inscrição ocorrer no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

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 + Hospitalar + Obstetrícia**, 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.
- 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 Internação Hospitalar:
- Hemodiálise e Diálise Peritoneal – CAPD
 - Quimioterapia Oncológica para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar
 - Radioterapia para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar
 - Procedimentos de Hemodinâmica diagnósticos e terapêuticos para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar
 - Hemoterapia
 - Nutrição Enteral e Parenteral
 - Embolizações
 - Radiologia Intervencionista
 - Exames Pré-anestésicos e Pré-cirúrgicos
 - Cirurgias Oftalmológicas
- g) Cobertura de internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em centro de terapia intensiva ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente. Na cobertura estão incluídas despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, alimentação, taxas e materiais utilizados.
- No caso de indisponibilidade de acomodação hospitalar prevista no contrato, fica assegurado o internamento em acomodação de nível superior ao contratado, sem ônus adicional para o beneficiário.
- h) Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação do diagnóstico, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, hemoterapia, quimioterapia

- e radioterapia realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, quando prescritos pelo médico assistente.
- i) Cobertura da remoção do paciente para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro e dentro dos limites da área geográfica prevista no contrato, quando comprovadamente necessária.
 - j) Cobertura de despesas de acomodação e alimentação de um acompanhante no caso de pacientes menores de dezoito anos, com idade igual ou superior a sessenta anos ou de qualquer idade, quando portadores de necessidades especiais, segundo indicação do médico assistente.
 - k) Cobertura de cirurgia buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar ou procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que tenham indicação clínica de internamento hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, hemoterapia, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar.
 - l) Cobertura para cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ou reconstrução de mama, para correção de mutilação decorrente de tratamento de câncer, utilizando-se neste caso todos os meios e técnicas necessárias.
 - m) 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.
 - n) 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 dose sessões anuais não cumulativas.
 - o) Custeio integral de no **mínimo trinta diárias**, contínuas ou não, por ano e não cumulativas, **em hospital psiquiátrico** ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
 - p) Custeio integral de no **mínimo quinze diárias** por ano, contínuas ou não, **em hospital geral**, não cumulativas, para portadores de quadros de intoxicação aguda ou síndrome de abstinência provocada por alcoolismo ou decorrentes do uso e da dependência química de drogas psicoativas, que necessitem de internamento para o tratamento.

- q) Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluído o atendimento a lesões auto-infligidas.
- r) Nas internações psiquiátricas que excederem o período anual de internamento previsto neste instrumento, o beneficiário participará no custeio das diárias excedentes na razão de 30%, (trinta por cento) do valor, participação que observará os limites determinados nas normativas vigentes à época do evento.
- s) Cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
Cobertura, também no regime de hospital-dia, de 180 dias anuais de tratamento para portadores dos transtornos listados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10ª Revisão, CID – 10, itens:
F00 a F09 - transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;
F20 a F29 - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes;
F70 a F79 - retardo mental;
F90 a F98 - transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.
- t) Cobertura de transplante de rins, córneas, transplantes autólogos e outros listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento.
Estão incluídos na cobertura os custos de procedimentos vinculados, tais como despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos usados durante a internação e acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excluído o fornecimento de medicamentos de manutenção.
As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos serão cobertas na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.
- u) Cobertura de procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, assistência ao parto e controle do puerpério, garantida ainda a presença de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- v) Havendo o beneficiário cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias previsto para o parto a termo, será garantida cobertura assistencial integral ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente durante os primeiros trinta dias após o parto, sem a exclusão de Doenças e Lesões Pré-existentes e sem a aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

IV. Exclusões de Cobertura

Este **Plano Privado de Assistência à Saúde** destina-se ao atendimento na segmentação **Ambulatorial+Hospitalar+Obstetrícia**, 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) *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 de sua inscrição no plano contratado.

As coberturas contratadas para a segmentação assistencial Ambulatorial+Hospitalar+Obstetrícia e Plano Referência 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

Internações Clínicas

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
Angiografia
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
Cirurgia Bucomaxilofacial
Internamentos Psiquiátricos
Nutrição enteral e parenteral
Radiologia Intervencionista
Coronarioangiografia
Angioplastia Coronariana
Polissonografia
Eletroneuromiografia
Ultra-sonografia com Doppler
Sessões de Psicoterapia
Sessões de Fonoaudiologia

Sessões com Nutricionista
Sessões de Terapia Ocupacional
Tilt-Test
Procedimentos Cirúrgicos
Internações em Unidade de Terapia Semi Intensiva e Intensiva
300 (Trezentos) Dias
Parto a termo

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 Agravamento 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 da segmentação **Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia**, depois de decorridas 24 (vinte e quatro horas) da assinatura do contrato, será assegurado, sem restrições, o atendimento decorrente de acidentes pessoais.

Até o cumprimento dos prazos de carência para internação, a operadora garantirá o atendimento durante as 12 (doze) primeiras horas desde a admissão ou até que se caracterize a necessidade de internamento, nos casos de urgência ou emergência.

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.

Cumprido o prazo de carência para internação, haverá cobertura integral para os atendimentos de urgência ou emergência que demandarem internamento, desde a admissão até a alta, garantindo também os procedimentos necessários à manutenção da vida, de órgãos e de funções.

Durante o cumprimento do período de carência para cobertura obstétrica será garantido o atendimento, limitado as primeiras 12 (doze) horas, aos eventos de emergência e urgência decorrentes do processo gestacional.

Nos casos de acordo de Cobertura Parcial Temporária para eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade em Doenças ou Lesões Preexistentes, a operadora garantirá o atendimento da urgência ou emergência durante as primeiras 12 (doze) horas desde a admissão ou até que ocorra a necessidade de internação. Após os procedimentos necessários ao atendimento, definida a necessidade de internação e continuidade do tratamento, a operadora disponibilizará a remoção para unidade do SUS, em ambulância com os recursos necessários para manutenção das condições vitais do paciente, só cessando sua responsabilidade quando efetuado o registro na unidade de destino.

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, se caracterizada, pelo médico assistente, a insuficiência dos recursos oferecidos no local de atendimento, a operadora garantirá a remoção para outra unidade da rede de prestadores.

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 prevê o pagamento de coparticipação, limitada a um valor máximo por evento, exclusivamente nos atendimentos ambulatoriais, não havendo incidência de fator moderador ou de nos internamentos hospitalares.

Assim, nos atendimentos ambulatoriais será devida uma co-participação de ___ % do valor do procedimento, limitada ao valor máximo de R\$ 187,65 (Cento e oitenta e sete reais e sessenta e cinco centavos), por evento.

Este valor será pago pela operadora ao prestador de serviço na fatura apresentada e será ressarcido pelo CONTRATANTE, 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.

Sendo este um plano coletivo empresarial, o pagamento deverá ser feito pela empresa contratante diretamente à operadora, sendo de sua exclusiva responsabilidade.

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

10 (dez) 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.

Nos casos de exoneração do contrato de trabalho sem justa causa e nos casos de 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.

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Em atenção ao disposto no artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço: tabela aberta em 10 faixas etárias conforme disposto na cláusula de Faixas Etárias.

XII. Reajuste

Sempre que os **Planos Privados de Assistência à Saúde** contratados de um mesmo contrato junto à operadora somarem mais de 30 (trinta) beneficiários vinculados, os mesmos terão suas contraprestações pecuniárias 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.

Quando a sinistralidade anual, assim considerada a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas dos planos 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.

Quando os planos mencionados acima apresentarem, em conjunto, até 30 (trinta) beneficiários vinculados na data do aniversário do contrato mantido entre as partes, o cálculo do reajuste terá por base o agrupamento de todos os contratos com número igual ou inferior a 30 (trinta) beneficiários vinculados mantidos pela operadora.

Para novos contratos de **Planos Privados de Assistência à Saúde**, firmados após o agrupamento de que trata o parágrafo acima, a primeira data para a

apuração do número de beneficiários vinculados aos planos contratados, para fins de agrupamento, será aquela da assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas incorrerão na regra estabelecida acima.

Os contratos agrupados na forma disposta acima terão suas contraprestações e a lista de preços corrigidos anualmente, na data do seu aniversário, pela variação acumulada do IPCA do período compreendido entre os meses de abril a março imediatamente anteriores ao mesmo.

Sempre que a sinistralidade anual, assim considerada a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas dos planos agrupados na forma desta cláusula, apuradas no período compreendido entre os meses de março a fevereiro imediatamente anteriores ao aniversário do contrato, já incorporada a variação dos valores das receitas pela aplicação do índice referido acima, ultrapassar o limite de 65%, será aplicado ao reajuste um índice adicional, cumulativo ao indicado no parágrafo anterior, que restabeleça o equilíbrio econômico do contrato.

Respeitada a periodicidade anual para os reajustes do presente contrato, o valor da contraprestação pecuniária dos beneficiários poderá variar positivamente em razão de mudança de faixa etária ou migração de plano de saúde.

O reajuste da contraprestação em função da variação de idade do beneficiário será aplicado no mês subsequente à data de seu aniversário.

A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava o titular quando da extinção do vínculo com a empresa contratante, observará as mesmas condições de preço, faixa etária, reajustes e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho, conforme dispõe o Artigo 16 da RN 279, de 2011, e suas atualizações posteriores.

O reajuste a ser aplicado às contraprestações pecuniárias dos contratos agrupados, calculado da maneira disposta acima, bem como a relação dos contratos e respectivos planos que serão reajustados por este índice, será divulgado no site da operadora, www.semprevida.com.br, até o primeiro dia útil do mês de maio subsequente ao período de cálculo indicado.

Definido o reajuste a ser 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.

Quando devida franquia diária nos internamentos hospitalares será reajustada na mesma ocasião e pelo mesmo percentual aplicado às contraprestações mensais.

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 a 18 anos;	R\$	_____ %
II -	19 a 23 anos;	R\$	26,566 %
III -	24 a 28 anos;	R\$	26,579 %
IV -	29 a 33 anos;	R\$	11,141 %
V -	34 a 38 anos;	R\$	9,645 %
VI -	39 a 43 anos;	R\$	17,012 %
VII -	44 a 48 anos;	R\$	6,840 %
VIII -	49 a 53 anos;	R\$	29,220 %
IX -	54 a 58 anos;	R\$	49,715 %
X -	59 anos ou mais.	R\$	19,136 %

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 ou acordos coletivos 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, contados a partir da comunicação inequívoca do empregador quanto a sua opção de manutenção da condição de beneficiário do plano de saúde do qual participava quando da vigência do seu contrato de trabalho, devendo assumir 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, podendo a condição de beneficiário ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar. Os componentes do grupo familiar mantêm o direito de participação no plano de saúde contratado em caso de morte do beneficiário titular.

Ao beneficiário titular é garantida, durante a manutenção da condição de beneficiário, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

O direito de manutenção do plano de saúde assegurado acima cessa quando decorridos os prazos mencionados, quando da admissão em novo emprego que lhe possibilite o ingresso em plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, ou, ainda, quando do cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

Ao empregado aposentado ou ao empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa após a aposentadoria, 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 ou o **empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa após a aposentadoria**, tiver contribuído para plano de assistência à saúde por período inferior a dez anos, é lhe 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 ou acordos coletivos de trabalho.

Para exercer este direito o beneficiário deverá formalizar sua adesão ao plano em até 30 (trinta) dias, contados a partir da comunicação inequívoca do empregador quanto a sua opção de manutenção da condição de beneficiário do plano de saúde do qual participava quando da vigência do seu contrato de

trabalho, devendo assumir 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, podendo a condição de beneficiário ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar. Os componentes do grupo familiar mantêm o direito de participação no plano de saúde contratado em caso de morte do beneficiário titular.

Ao beneficiário titular é garantida, ainda, durante a manutenção da condição de beneficiário, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

O direito de manutenção do plano de saúde assegurado acima cessa quando decorridos os prazos mencionados, quando da admissão em novo emprego que lhe possibilite o ingresso em plano de saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, ou, ainda, quando do cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

Para o exercício dos direitos descritos acima os beneficiários deverão ter contribuído financeiramente para o plano de saúde durante a vigência do vínculo empregatício, não sendo considerados contribuição os valores pagos com a inclusão de dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente como fator moderador na utilização de serviços de assistência médica ou hospitalar.

Em caso de cancelamento, pelo empregador, do plano de assistência à saúde concedido a seus empregados ativos e ex-empregados, é garantido ao universo de beneficiários a adesão a plano privado de assistência à saúde na modalidade Individual/Familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa, aos aposentados, aos aposentados que continuaram a trabalhar na mesma empresa após a aposentadoria e aos seus dependentes, vinculados ao plano de saúde coletivo empresarial, é garantida, durante o período de manutenção da condição de beneficiário, garantido pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, o exercício da portabilidade especial de carências para plano Individual/Familiar ou coletivo por adesão de outra operadora, na forma do artigo 28 da RN nº 279, de 2011, cumulado com o disposto no artigo 7-C da RN nº 186, de 2009.

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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que me foi oferecido o PLANO REFERÊNCIA, registrado na ANS sob o número 460.516/09-1 (PCEMF – Plano Coletivo Enfermaria Moderador Fora), o qual possui cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, leito de Terapia Intensiva ou similar, com padrão de acomodação enfermaria.

Por minha inteira vontade e conveniência optei pela contratação do plano 482.709/19-1 (CEMA – Plano Coletivo Enfermaria Moderador Ambulatorial) nº _____ assinados em

_____/_____/____.

Empresa: _____

CNPJ: _____

Assinatura: _____



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

Página do Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresaal.	1
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.	1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	2
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.	2
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.	4 – 7
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.	8 – 9
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.	11 – 13

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.	9 – 11
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), 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.	15 -16
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	9
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	22
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.	17 - 18
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 coparticipação 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.	19 - 21

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