

a. Qualificação da Operadora

HOSPITAL MARECHAL CÂNDIDO RONDON S/A.

Convênio Sempre Vida

CNPJ nº 81.564.346/0001-14

ANS nº 39239 -1

Classificação ANS - Medicina de Grupo

Endereço: Rua Cabral, nº 985 - Marechal Cândido Rondon – Paraná

b. Qualificação do Contratante

Nome || _____ ||

Filiação (Mãe) || _____ ||

D.N. ||__||__||__||__||__||__||

CPF ||__||__||__||__||__||__||__||

RG ||__||__||__||__||__||__||__||

Órgão Emissor ||__||__||__||__||

Endereço || _____ ||

Nº ||__||__||__||__||__||__|| Complemento || _____ ||

Bairro || _____ ||

CEP ||__||__||__||__||__|| - ||__||__||

Cidade || _____ ||

UF ||__||__||

c. Nome Comercial e Registro do Plano na ANS

Nome Comercial: Convênio Individual Moderador Ambulatorial – SV Mais

Sigla de Identificação: CIMA 50%

Número de Registro do Plano na ANS: 488638211

d. Tipo de Contratação

Individual/Familiar

e. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia.

f. Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde

Grupo de Municípios

É definido os seguintes municípios como área geográfica de abrangência:

Guaíra

Marechal Cândido Rondon/Pr

Santa Helena/Pr

Toledo/Pr

g. Área de Atuação do Plano de Saúde

Região 05 – grupo de municípios definidos acima

h. Padrão de Acomodação em Internação

Acomodação Individual

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

a) Beneficiários:

Serão considerados beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde contratado na forma deste termo o CONTRATANTE em Planos Individuais, e o mesmo e seus DEPENDENTES em Planos Familiares.

b) Dependentes:

São considerados DEPENDENTES do CONTRATANTE, para os fins deste contrato: a) seu cônjuge ou companheiro; b) seus filhos naturais ou adotivos; c) seus enteados ou menor sob a sua guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos; d) seus netos.

Para inclusão de filhos(as), enteados ou menor sob a guarda ou tutela do beneficiário titular como dependentes, será permitido a adesão somente para menores de 30 (trinta) anos.

Poderão ser considerados dependentes os filhos(as) solteiros(as) inválidos(as) / cônjuges ou companheiros(as) inválidos(as), mediante comprovação de dependência pelo INSS.

Os dependentes poderão ser incluídos nos planos familiares, posteriormente à celebração deste contrato, devendo os mesmos cumprir, quando exigível, integralmente, os prazos de carência previstos neste Contrato, salvo exceção dos dependentes descritos abaixo, cujos prazos de carência poderão ser aproveitados, desde que cumpridos os requisitos.

c) Dependentes nascidos, adotados ou sob tutela ou guarda do CONTRATANTE:

É assegurada a inscrição do filho recém nascido, natural ou adotivo como dependente do CONTRATANTE, aproveitando-se os períodos de carência já cumpridos pelo titular, observado o prazo máximo de 180 dias, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou adoção, observando-se: a) a inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for pai ou a mãe; b) a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; c) o cumprimento ou não do prazo de carência para o parto a termo não interfere no direito à inscrição como dependente.

Caso não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido ou adotado seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

Caso o recém-nascido ou adotado seja incluído após o período de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, o mesmo cumprirá todos os prazos de carências.

Para os fins da presente cláusula filho adotivo ou menor sob sua tutela ou guarda é aquele menor de 12 anos de idade, a quem será assegurado o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo CONTRATANTE, se inscrito no plano em até 30 dias a contar da adoção, guarda ou tutela.

O CONTRATANTE fornecerá à OPERADORA a relação de usuários, responsabilizando-se pelas informações sobre dependência dos inscritos, ficando assegurado à OPERADORA, o direito de solicitar a comprovação que julgar necessária.

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. Se o procedimento for restrito a finalidade odontológica, ainda que seja necessário o internamento hospitalar, não será coberto os honorários do cirurgião dentista.
 - 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 de suicídio e autoagressão.
 - 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 doze sessões anuais não cumulativas.
- o) Custeio integral de até 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 até 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 50%, (cinquenta 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; assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, nos termos da RN 428/17 da ANS e suas atualizações.*
- 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.*
- u) Despesas com consultas e tratamentos relacionados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas em contrato.*

V. Duração do Contrato

O presente contrato passa a vigorar, para determinação de sua vigência, para a contagem do prazo de carências e para efeito de reajuste anual, a partir da data de assinatura da proposta de adesão, da assinatura do presente instrumento jurídico ou ainda da data do pagamento da mensalidade inicial, prevalecendo aquele que primeiro ocorrer.

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, de acordo com o descrito no item V.

As coberturas contratadas para a segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia 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

Sessão de Nutricionista

Fisioterapia

60 (Sessenta) Dias

Ultrassonografia

Teste Ergométrico

Provas de Função Pulmonar

Eletroencefalografia

Procedimentos diagnósticos em Otorrinolaringologia

Procedimentos diagnósticos em Oftalmologia

Procedimentos diagnósticos em Urologia

Mamografia

Sessão de Fonoaudiologia

Sessão de Psicoterapia

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)
Quimioterapia
Radioterapia
Hemodiálise e Diálise Peritonial - 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
Ultrassonografia com Doppler
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.

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 na mensalidade com alternativa à Cobertura Parcial Temporária, este Agravo é 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, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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, Agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde, conforme disposto no artigo 15, da Resolução Normativa 162/07.

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.

Na venda de plano familiar, deverá cada beneficiário preencher a sua declaração de saúde com o próprio punho e sem rasuras, caso for menor, o responsável deverá preencher.

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 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.

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 contratar o presente plano privado de assistência à saúde o CONTRATANTE e seus DEPENDENTES receberão um Cartão de Identificação, 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.

Em caso de perda ou extravio do Cartão de Identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar a Operadora por escrito, para, se for o caso, emissão de segunda via mediante pagamento de custo de novo Cartão de Identificação, no valor de 01 (um) por cento da mensalidade.

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, 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 autorizações e os encaminhamentos serão feitos pelo Setor de Regulação, mediante apresentação de solicitação

médica, que emitirá guia de liberação e agendará o atendimento no prestador de serviço.

Os exames laboratoriais solicitados serão liberados nos laboratórios de análises clínicas, quando realizados na área geográfica de abrangência, ou no Setor de Regulação, 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 no Setor de Regulação da operadora, também mediante apresentação da guia própria preenchida pelo médico assistente.

Exigem auditoria e autorização prévia e serão liberadas pelo Setor de Regulação as sessões com nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional, os procedimentos de 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 de 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 de urgência e emergência em que são exigidas autorizações e auditorias prévias, os procedimentos serão liberados imediatamente, para os demais casos, a Operadora terá até 5 (cinco) dias úteis para autorizar ou negar, sempre respeitando as resoluções normativas vigentes.

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 autorizada.

O plano de saúde contratado na forma deste instrumento prevê o pagamento de coparticipação, limitada a um valor máximo por evento, nos atendimentos ambulatoriais.

Assim, nos atendimentos será devida uma coparticipação de 50% do valor do procedimento, limitada ao valor máximo de R\$ 195,00 (Cento e noventa e cinco reais), por evento (valor este reajustado anualmente no mês de janeiro, conforme índice de reajuste aplicado pela ANS nos contratos pessoa física).

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.

Estes valores serão pagos pelo CONTRATANTE diretamente ao prestador de serviços, por ocasião do atendimento, não cabendo à operadora responsabilidade na cobertura dos mesmos.

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.

No ato da contratação, a forma de pagamento será definida pelo titular de acordo com a opção sinalizada no termo de adesão, sendo que o vencimento do primeiro ocorrerá em até 10 (dez) dias após a assinatura do contrato e o dos subsequentes sucessivamente, em intervalos de trinta dias.

O pagamento das contraprestações será de responsabilidade do Contratante Titular e deverá ser feito, impreterivelmente, até o dia do vencimento, se dia útil, ou no primeiro dia útil subsequente, se aquele coincidir com feriado bancário.

O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

No caso de extinção do vínculo do beneficiário titular com a operadora e manutenção do contrato pelos dependentes, estes passarão a responder pelo pagamento das mensalidades.

Em caso de inadimplemento de qualquer parcela, o valor da mesma será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

O recebimento pela Operadora de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

XII. Reajuste

O presente contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde será reajustado anualmente, na data de seu aniversário, segundo índices e metodologia autorizados pela ANS.

O teto máximo de coparticipação será reajustado 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 (zero) a 18 (dezoito) anos;	_____%
II -	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;	21,84%
III -	24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;	33,26%
IV -	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;	11,33%
V -	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;	9,81%
VI -	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;	17,18%
VII -	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;	6,91%
VIII -	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;	29,97%
IX -	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;	50,84%
X -	59 (cinquenta e nove) anos ou mais.	19,53%

XIV. Bônus – Descontos

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

XV. Regras Para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos

Tema não aplicável a este tipo de contratação, Individual / Familiar.

XVI. Condições de Perda da Qualidade de Beneficiário

O CONTRATANTE e seus DEPENDENTES perdem a condição de beneficiários do plano de saúde contratado na forma deste instrumento no momento em que solicitarem sua rescisão ou quando o mesmo for rescindido pela operadora em virtude de inadimplência.

A extinção exclusivamente do vínculo do titular, desde que não seja motivada por fraude ou inadimplência, não extingue o contrato, sendo assegurada aos dependentes já inscritos a manutenção das mesmas condições contratuais com a assunção das obrigações decorrentes.

Perdem a condição de beneficiário, o CONTRATANTE e seus DEPENDENTES, nos casos de fraude comprovada, que implica na suspensão e rescisão imediata do contrato.

Os DEPENDENTES do CONTRATANTE perdem automaticamente a condição de beneficiários do plano ora contratado quando cessar a dependência econômica que possibilitou sua inscrição, seja pelo divórcio, pela separação, pela anulação da adoção.

Os pedidos de exclusão de Dependentes deverão ser feitos pelo Contratante, por escrito, a qualquer tempo. O pedido de exclusão, não dispensa o Contratante de efetuar o pagamento da respectiva mensalidade proporcional ao período de cobertura.

XVII. Rescisão e Suspensão

Decorrido o prazo mínimo de vigência de um ano, este contrato poderá ser rescindido pelo CONTRATANTE mediante a notificação escrita à CONTRATADA, a qualquer tempo, na hipótese de fraude ou inadimplemento.

O presente Contrato poderá ser rescindido por iniciativa do CONTRATANTE, nas hipóteses que seguem abaixo, considerando o disposto no art. 4º da RN 412.

- a) presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;
- b) por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora; ou
- c) por meio da página da operadora na internet.

A CONTRATADA poderá rescindir o contrato unilateralmente de pleno direito no caso de o CONTRATANTE atrasar o pagamento das mensalidades por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no decurso de 12 (doze) meses, devendo para isso notificá-lo por

meio que comprove o fato até o 50º (quinquagésimo) dia do inadimplemento.

Também pode dar causa à rescisão unilateral por parte da operadora a comprovação de fraude ou dolo do CONTRATANTE ou de seus DEPENDENTES na utilização dos serviços contratados.

Em qualquer hipótese a rescisão ou suspensão unilateral do contrato não poderá acontecer durante a ocorrência de internação hospitalar do beneficiário titular.

A rescisão deste contrato pelo beneficiário titular antes de completada a vigência mínima contratada implicará em multa rescisória no valor de 10 (dez) por cento das mensalidades restantes para completar um ano de contrato.

XVIII. Disposições Gerais

Para os fins de envio de correspondências, dos boletos mensais, de notificação de inadimplência e comunicação de rescisão do presente contrato, o CONTRATANTE deverá manter atualizado seu endereço postal e eletrônico no cadastro da operadora, devendo comunicar qualquer alteração do mesmo, por escrito, no prazo máximo de 7 (sete) dias.

A inobservância do disposto neste item por parte do CONTRATANTE exime a operadora da responsabilidade por eventuais prejuízos que o mesmo venha a sofrer devido à impossibilidade do recebimento de correspondências e 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 CONTRATANTE ou por seus dependentes, registradas na Proposta 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.

O CONTRATANTE obriga-se a informar todas as movimentações cadastrais dos Usuários, bem como, inclusões, alterações, exclusões, dentre outras, mensalmente, nos termos solicitados pela Operadora, observando as normativas vigentes do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) editado pela ANS.

A operadora exime-se de qualquer ônus decorrente de ajustes particulares feitos, a sua revelia, pelo CONTRATANTE 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 do CONTRATANTE.

Em caso de morte ou incapacidade civil do CONTRATANTE, 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.

São parte integrante deste contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário no cumprimento de resoluções ou determinações da ANS, que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde contratado.

É parte integrante do presente contrato a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Declaração de Saúde, o Manual de Leitura de Contrato e Guia de Leitura Contratual, que serão entregues ao Contratante por ocasião da assinatura do mesmo.

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
(Sempre Vida)

Testemunha

Testemunha

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que me foi oferecido o PLANO REFERÊNCIA, registrado na ANS sob o número 459.009/08-1 (CEIMF - Convênio Enfermaria Individual 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 488.638/21-1 (CIMA 50% – Convênio Individual Moderador Ambulatorial) através do contrato nº _____ assinado em ____/____/____.

Contratante: _____

CPF: _____

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 Empresarial.	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 – 8
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.	10 – 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 – 17
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	9 – 10
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	19 – 20
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.	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.	-
<p>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).</p>		
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