

**TERMO DE ADITIVO AO CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE COLETIVO**

**FREE 600 C/ 50 EXECUTIVO - SF
REGISTRO ANS Nº 455773075**

ASSOCIACAO DE MUNICIPIOS DO NORDESTE DE SANTA CATA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J/MF sob n. **84.712.686/0001-33**, com sede e foro na cidade de **Joinville**, Estado de **Santa Catarina**, à **Rua Max Colin nº. 1843**, Bairro **America**, CEP: **89204-635**, neste ato representado por seu Representante Legal, doravante simplesmente denominado(a) **CONTRATANTE**, e de outro lado,

AGEMED SAÚDE S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº **02.933.220/0001-01**, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº **33960-1**, com sede e foro na cidade de **Joinville**, Estado de **Santa Catarina**, na **Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira**, nº **693**, Bairro **Bucarein**, CEP **89.202-450**, doravante denominada **CONTRATADA**.

As partes em decorrência do Plano de Saúde Coletivo Empresarial **FREE 600 C/ 50 EXECUTIVO - SF**, (o "**Contrato**"), firmado em **28 de Outubro de 2014**, resolvem de comum acordo estabelecer o presente Termo Aditivo para acrescentar e alterar o que segue:


CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Por força da Resolução Normativa nº 309/2012 da ANS, as partes estabelecem que os contratos de plano de assistência à saúde com até 30 (trinta) beneficiários vinculados, independentemente da segmentação, integrarão agrupamento de contratos para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste anual, observadas as seguintes condições:

a) a quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de assinatura do contrato e do presente termo, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário do contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento;

b) para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado;

Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, nº 693 – Bairro Bucarein – Joinville – Santa Catarina
(47) 3461.4444



Mano Luis da Silva - Gerente de Assis
AGEMED SAUDE S.A.

www.agemed.com.br

ANS Nº 33960-1



c) ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da Operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS;

d) o cálculo e os critérios de reajuste serão exatamente os mesmos apontados na cláusula 10 do Contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

2.1. Ficam ratificadas as demais cláusulas do Contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO FORO

3.1. É competente o foro da sede da Contratante, para dirimir questões decorrentes deste Termo Aditivo, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas que o subscrevem.

Joinville, 28 de Outubro de 2016.



ASSOCIACAO DE MUNICIPIOS DO NORDESTE DE SANTA CATA



AGEMED SAÚDE SA

Testemunhas:

1. _____

2. _____

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, nº 693 – Bairro Bucarein – Joinville – Santa Catarina
(47) 3461.4444

SOLICITAÇÃO PARA EMISSÃO DE CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SECAM

O proponente abaixo identificado vem solicitar por meio desta SECAM, a análise técnica para emissão de Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, de acordo com o desenho do produto definido neste objeto.

1. PROPONENTE:

Razão Social:	ASSOCIACAO DE MUNICIPIOS DO NORDESTE DE SANTA CATARINA		
CNPJ/CEI:	84.712.686/0001-33	Inscrição Estadual:	
Endereço:	MAX COLIN,1843 JOINVILLE-SC - 89216000		
Endereço de faturamento:	MAX COLIN,1843 JOINVILLE-SC - 89216000		
Responsável:	ELEONORA		
Telefone:	(47) 3433-3927	Celular:	
Fax:		Email:	administracao@amunesc.org.br

2. PRODUTO ESCOLHIDO:

Produto: 2420 - FREE 600 C/ 50 EXECUTIVO - LIM 130 - SF

Tabela: COMPULSORIO - 3 VIDAS (2 TIT. DISTINTOS)

Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar COM Obstetrícia

Registro Produto ANS nº: 455773075

Regra adesão:
Tipo contratação: EMPRESARIAL

Rateio(Subsídio) %:	
saúde:	%
dental:	%
ótica:	%
farmácia:	%
qualivida:	%

COLABORADORES E DEPENDENTES				
Faixa etária	Quantidade	Variação Faixa Etária	Valor	Total
0 a 18	1	0,00 %	88,36	88,36
19 a 23	3	18,74 %	104,92	314,76
24 a 28	2	29,86 %	136,25	272,50
29 a 33	4	22,11 %	166,37	665,48
34 a 38	1	10,01 %	183,03	183,03
39 a 43	2	5,00 %	192,18	384,36
44 a 48	2	12,62 %	216,43	432,86
49 a 53	2	8,00 %	233,75	467,50
54 a 58	2	38,99 %	324,90	649,80
59 a 999	1	63,16 %	530,11	530,11
Total	20			3.988,76
Média				199,44

A fatura será composta pelo somatório do custo fixo mensal de cada usuário e dos valores referentes às co-participações e franquias dos procedimentos conforme modelo do produto escolhido, constante na cláusula 9 do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde.

O proponente declara na assinatura deste, ter o conhecimento das regras de repasse e dos prazos de recebimento dos cartões das operadoras parceiras.

3. CARÊNCIAS CONTRATUAIS:

O proponente declara através deste a ciência do cumprimento das carências abaixo relacionadas, conforme cláusulas previstas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde.

Não haverá carências para empresas com mais de 30 vidas no momento da contratação nos termos da RN/ANS 195/2009 para contratos coletivos empresariais.

Descrição	Dias
PARTOS/CESARIANAS	300
TERAPIAS/CONSULTAS ESP.(FONO/NUTRI/PSIC)	180
EXAMES. ESPEC./SERV.AMBULT./FISIOTER.	180
INTERNACOES CLINICAS/CIRURGICAS	180
CONSULTAS. EXAMES LABORATORIAIS, URG.EMERG.	1

4. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES (DLP'S):

O proponente declara por meio deste a ciência de que o contrato oferecido pela AGEMED tem acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes (prazo de 720 dias para cobertura de procedimentos relacionados à doença ou lesão preexistente), ficando a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais, ou seja, a Operadora

garantirá cobertura limitada até as 12 primeiras horas do atendimento, bem como a remoção do paciente para uma das unidades do sistema único de saúde (SUS) que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Não haverá préexistência para empresas com mais de 30 vidas no momento da contratação nos termos da RNIANS 195/2009 para contratos coletivos empresariais.

5. VIGÊNCIA DAS GARANTIAS:

O objeto de contratação terá como data de início de vigência para garantia das coberturas de assistência 24 horas após o pagamento do 1º boleto o qual dependerá da aprovação de todos os documentos pela Contratada necessários para efetivação do contrato ora solicitado.

Poderá o prazo do pagamento do 1º boleto ser prorrogado para, no máximo, 10 (dez) dias após a data de envio do 1º boleto, sem alteração da data inicial da vigência do contrato.

Vencimento fatura (2º boleto):

10/10/2014 ou

30 dias após o primeiro vencimento.

CBS: O vencimento do 2º boleto não poderá ultrapassar 30 dias do início da vigência do Plano de Saúde

6. VALOR DA FATURA:

Forma de Pagamento:	À faturar
Dia do vencimento:	
Saúde:	3.988,76
Adicionais:	0,00
Taxa administrativa:	400,00
Taxa de repasse:	0,00
Total fatura:	4.388,76

7. ISENÇÃO DE CARÊNCIA:

Isenção de carência?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Assinale	Motivo
<input type="checkbox"/>	Cliente com mais de 30 vidas
<input type="checkbox"/>	Apresentação de declaração de carência de outra operadora ou já é cliente Agemed <small>(importante: opção sujeita à análise de isenção de carência conforme regras estabelecidas pela Agemed)</small>

Em atendimento à Lei nº 9.656/98, o proponente declara que tomou conhecimento de todos os termos do Plano Referência registrado na ANS sob o número 423.565/99-7, o qual possui cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, leito de terapia intensiva ou similar com padrão de internação enfermária, optando pelo plano ora contratado por livre opção.

Nesta oportunidade, o proponente declara a ciência do teor integral do contrato e da negociação acima descrita, cuja versão eletrônica será enviada juntamente com a documentação de contratação do plano, guia de leitura contratual, guia médico e proposta de adesão, em cumprimento ao artigo 16 da Instrução Normativa nº 23/2009 da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. O proponente declara, outrossim, que recebeu, neste ato, o manual de orientação para contratação de plano de saúde nos termos da Resolução Normativa nº 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e que está ciente sobre a possibilidade de consulta, a qualquer tempo, das condições do contrato celebrado, por meio sistema WEB, no site da Agemed (<http://www.agemed.com.br>).

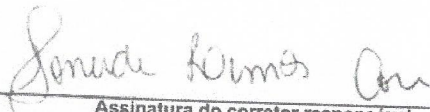
A presente proposta tem validade de: 15 dias úteis.

JOINVILLE, 30 de Setembro de 2014.

AMUNESC
ASSOC DE MUNICÍPIOS DO NORDESTE DE S.C.
Eleonora Balm Penoa
BAHR. PESSOA
Assinada por: _____
Secretaria Executiva

NEGOCIAÇÕES ESPECÍFICAS

COMERCIAL RESPONSÁVEL	
UNIDADE:	JOINVILLE
DIRETOR:	SA CONSULTORIA E ASSESSORIA EM PLANO DE SAUDE LTDA
GESTOR:	VIDA CONSULTORIA E ASSESSORIA EM PLANO DE SAUDE
CORRETOR:	SOUZA & LEMOS ASSESSORIA E CONSULT EM PLANOS DE SA
CONSULTOR:	ALEXI E WORELL CONSULT E ASS EM PLANOS DE SAUDE LT
ASSOCIACAO:	


Assinatura do corretor responsável
Nome Legível: Jonaci Lemos Correia

Nome	Categoria	Plano	Nascimento	Idade	CPF	RG	Nome da mãe	Titular	Mensalidade
CARLOS HENRIQUE LIMA	Titular	2420	28/02/1959	55	381.863.579-04	18495180	TEREZINHA DE JESUS SARDA LIMA	CARLOS HENRIQUE LIMA	344,90
DEBORA TONINI	Titular	2420	30/08/1983	31	043.607.649-79	40163245	DIRCE GOTTARDI	DEBORA TONINI	186,37
LUIZ FELIPE HENDLER DA CUNHA	Dependente	2420	22/12/1983	30	002.687.960-33	42860733	NILZA DA CUNHA	DEBORA TONINI	186,37
ELEONORA BAHR PESSOA	Titular	2420	07/09/1963	51	421.433.819-72	1097632	MARGARIDA BARR	ELEONORA BAHR PESSOA	253,75
EVELISE MARCIA JUNKES BUZZI	Titular	2420	13/06/1966	48	561.164.549-68	1863853	YONI BOSCO JUNKES	EVELISE MARCIA JUNKES BUZZI	236,43
ISABELLE MARIA BUZZI	Dependente	2420	29/08/1995	19	099.083.059-48	6090797	EVELISE MARIA JUNKES BUZZI	EVELISE MARCIA JUNKES BUZZI	124,92
FABIOLA BARBI DE ALMEIDA	Titular	2420	31/08/1973	41	015.055.899-95	24465860	JUREMA BARBI DE ALMEIDA	FABIOLA BARBI DE ALMEIDA	212,18
ISADORA DE ALMEIDA CONSTANTE	Dependente	2420	25/03/2001	13			FABIOLA BARBI DE ALMEIDA CONS	FABIOLA BARBI DE ALMEIDA	108,36
GLORIA CRISTIANE CAMPOS	Titular	2420	15/05/1976	38	023.173.249-01	68441447	EDINA CAMPOS	GLORIA CRISTIANE CAMPOS	203,03
JOSEANE TONIOTTI WILL	Titular	2420	20/01/1971	43	685.119.229-20	21947813	MARIA DARCI TONIOTTI	JOSEANE TONIOTTI WILL	212,18
LEANDRO DE SOUZA SILVA	Titular	2420	07/03/1994	20	085.170.769-66	5750902	INES CORREA DE SOUZA SILVA	LEANDRO DE SOUZA SILVA	124,92
MARCIA BITTENCOURT VARGAS	Titular	2420	21/05/1964	50	598.100.929-20	34406693	HELOISA BITTENCOURT VARGAS	MARCIA BITTENCOURT VAR	253,75
MARCOS STADELHOFFER	Titular	2420	21/02/1970	44	646.001.309-87	2195581	ELVIRA STADELHOFFER	MARCOS STADELHOFFER	236,43
ELAINE MACIEL	Dependente	2420	05/08/1982	32	006.760.899-09	4576016	ROSALINA VIAPIANA MACIEL	MARCOS STADELHOFFER	186,37
MARIA LEOZAIR DE FREITAS	Titular	2420	07/11/1959	54	891.120.679-20	4018252	JULITA DE MELO ROBERTO	MARIA LEOZAIR DE FREITAS	344,90
NADIA WERNER	Titular	2420	26/08/1988	26	069.172.319-24	46636129	LIDIA WERNER	NADIA WERNER	156,25
OSMAR LEON SILIVI	Titular	2420	23/05/1943	71	005.501.409-72	2741579	BERTOLINA SILIVI	OSMAR LEON SILIVI	550,11
ROSEANE LEMOS DE ASSIS	Titular	2420	12/08/1982	22	086.570.839-81	6077446	ISOLINA LEMOS	ROSEANE LEMOS DE ASSIS	124,92
TABATA YUMI FUJIOKA	Titular	2420	17/12/1980	33	029.943.899-67	78203064	IRINEIA APARECIDA FUJIOKA	TABATA YUMI FUJIOKA	186,37
THIAGO PERSIKE	Titular	2420	30/05/1986	28	050.791.339-61	4323294	MARIA APARECIDA PERSIKE	THIAGO PERSIKE	156,25

Total de beneficiários: 20

4.388,76

Registro ANS: 339601 CNPJ: 02.933.220/0001-01

OPERADORA: AGEMED SAÚDE S/A

Plano: **FREE 600 EXECUTIVO COPARTICIPAÇÃO 50% LIM 130**

Registro ANS: **455.773/07-5**

DADOS GERAIS

Contratação: Coletivo Empresarial

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Formação do Preço: Pré-estabelecido

Padrão de Acomodação: Executivo/Individual

Fator Moderador: Coparticipação

INSTRUMENTO JURÍDICO:

1 – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 – O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei Federal nº 9.656/98, abrangendo as coberturas do Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, observando-se a legislação vigente e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

1.2 – Este contrato é bilateral e gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor, tendo por características principais a bilateralidade e a onerosidade.

1.3 – Fazem parte integrante deste Contrato os seguintes documentos:

- a) Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM, *documento preenchido de acordo com o produto adquirido e devidamente assinado pela Contratante;*
- b) Declaração de Saúde, *documento cuja obrigatoriedade é determinada por lei e onde o usuário informa o seu estado de saúde;*
- c) Proposta de Adesão Digital, *documento enviado juntamente com o Contrato, com as respectivas condições específicas do produto adquirido;*
- d) Guia de Leitura Contratual, *guia de orientação sobre o conteúdo do Contrato, documento exigido pela Resolução Normativa nº 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.*

2 – DO USUÁRIO TITULAR, DOS DEPENDENTES E DAS CONDIÇÕES DE INCLUSÃO CONTRATUAL

2.1 – Usuário Titular é a pessoa que apresenta vínculo efetivo com a empresa Contratante (empregatício, associativo ou sindical). O usuário dependente é aquele incluído pelo usuário titular, assim considerados:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro(a);
- c) filhos naturais e/ou adotivos, igual ou menor de 24 anos e;
- d) os filhos comprovadamente incapazes

- Aproveitamento de carência: fica garantida a inclusão de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante, nas mesmas condições de cobertura do adotante, desde que inscritos até 30 (trinta) dias após a formalização da adoção ou 30 (trinta) dias a partir da concessão pelo juízo da guarda provisória.

2.2 – Será assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo usuário adotante e ainda:

a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto e, desde que o plano contratado possua cobertura para atendimento obstétrico;

b) Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

c) Às crianças nascidas de PARTO COBERTO pela Operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na Operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo;

d) O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação contratada, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso;

e) O filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada;

f) Em planos coletivos, a inscrição de dependente prevista nos itens d e e observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a Operadora e a Contratante.

2.3 – A Contratante deverá fornecer à Operadora, quando da solicitação de inclusão de usuários/dependentes, todos os documentos e comprovantes legais hábeis a atestar tanto a condição de usuário titular quanto a de usuário dependente, dentre eles mas não se limitando a: certidão de casamento, certidão de nascimento, cópia do RG, cópia do CPF, comprovante do vínculo empregatício (associativo ou sindical), comprovante de residência, guia FGTS, assim como todos os demais dados exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

2.4 – A inobservância dos itens acima e o não fornecimento pela Contratante das documentações necessárias à inclusão do usuário/dependente e/ou a comprovação de sua condição perante a Contratante, acarretará consequentemente a NÃO inclusão do mesmo junto a Operadora e/ou a sua exclusão contratual por falta de dados. Em ambas as situações, a Operadora estará isenta das obrigações assistenciais objeto deste contrato, cabendo à Contratante as responsabilidades decorrentes, inclusive de ordem financeira.

2.5 – Fica estabelecido que, após a primeira fatura será permitida a inclusão de novos usuários, salvo se forem recém admitidos, recém casados e/ou recém nascidos/adotados. Para estes casos em particular, a inclusão não poderá ocorrer em prazo superior a 30 (trinta) dias do evento (admissão, casamento e/ou nascimento).

Parágrafo Primeiro: O prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica contratante será contado a partir do 1º dia subsequente ao vencimento do contrato de experiência com prazo determinado.

Parágrafo Segundo: Os usuários titulares e dependentes que formalizarem o seu pedido de ingresso no plano fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes, cumprem os períodos normais de carências estabelecidas neste contrato, exceto os dependentes recém casados, recém nascidos e filhos adotivos inscritos conforme Cláusula 12.

2.6 – Fica estabelecido que a Contratante é responsável pela inclusão/exclusão de usuários, por meio do sistema WEB Empresas, isentando a Operadora de qualquer responsabilidade pelos dados lá incluídos. O acompanhamento do processo de inclusão/exclusão de usuário por meio do canal WEB Empresas é de responsabilidade exclusiva da Contratante, de modo que esta deverá

proceder com eventual correção solicitada pela Operadora para finalização do processo de inclusão/exclusão e arcará com o pagamento integral da mensalidade até que seja corrigido eventual erro apontado pela Operadora.

3 – DA REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS

3.1 – A Contratante, no ato da assinatura da Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM, ficará investida - perante a Operadora - dos poderes de representação dos usuários e seus dependentes, principalmente para negociar inclusão/exclusão contratual, reajustes e/ou alterações contratuais.

3.2 – A Operadora encaminhará à Contratante todas as documentações, comunicações ou avisos pertinentes ao presente Contrato, devendo esta última, na qualidade de representante dos usuários/dependentes, repassar a estes cópia de todos os documentos recebidos, dentre eles cópia deste Contrato de Condições Gerais, do Guia Médico e do Guia de Leitura Contratual, ficando inteiramente responsável pela inobservância deste item, em caso de desconhecimento contratual alegado pelo usuário.

4 – IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS

4.1 – Após a efetivação do cadastramento do usuário e seus dependentes junto à Operadora, esta fornecerá um Cartão Individual de Identificação, com validade anual, cuja apresentação juntamente com um documento de identificação oficial com foto será indispensável para utilização dos serviços ora contratados, sob pena de não ser atendido, não cabendo, neste caso, nenhuma responsabilidade à Operadora. Para todo Usuário Titular a Operadora fornecerá um Guia Médico que será entregue à Contratante e por esta distribuído aos seus usuários.

4.2 – Em caso de exclusão de usuários/dependentes, rescisão, resolução ou resilição do presente contrato, será de inteira obrigação e responsabilidade da Contratante o recolhimento e respectiva devolução dos cartões individuais de identificação à Operadora, sob pena de responder por todos os prejuízos decorrentes de seu uso indevido.

4.3 – Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo na forma contratada, pelos usuários/dependentes que perderem essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários/dependentes, com ou sem o conhecimento destes.

4.4 – Ocorrendo utilização dos serviços próprios ou credenciados sem o devido pagamento do custo mensal do plano (configurando utilização indevida), fica a Contratante responsabilizada quanto ao ressarcimento à Operadora do valor correspondente aos serviços prestados e suportados financeiramente.

4.5 – Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela Operadora, a Contratante obriga-se a comunicar de imediato o fato à Operadora, por escrito, responsabilizando-se pelo seu uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela Operadora.

4.6 – O custo para emissão de segunda via do cartão de identificação será de R\$ 5,00 (cinco reais) pagos à Operadora na data da solicitação do novo cartão.

5 – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A Contratante/usuários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura Ambulatorial e Hospitalar com Obstetria, do Plano contratado de acordo com as condições específicas abaixo discriminadas.

5.1 – SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

A cobertura deste item compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no rol de procedimentos constantes na RN 82/04 (e posteriores alterações) observadas as seguintes abrangências:

a) Cobertura de Consultas Médicas

Garante as despesas efetuadas com a realização de consultas médicas inclusive obstétricas para pré-natal.

1 - Como consulta médica entende-se o encontro do profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina com o paciente não internado, para fins de assistência e tratamento médico, consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica;

2 - Os retornos da primeira consulta para acompanhamento, avaliação de exames complementares e prescrição terapêutica não serão considerados como nova consulta e conseqüentemente não gerarão honorários;

3 - Não haverá limite de consultas por usuário, ressalvadas as carências legais e contratuais, bem como as condições previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, notadamente no que diz respeito às especialidades de nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia.

b) Cobertura de exames complementares

Garante as despesas efetuadas com exames complementares realizados fora do regime de internação hospitalar.

c) Cobertura de procedimentos ambulatoriais

Garante as despesas efetuadas com a realização de pequenas cirurgias e/ou tratamentos ambulatoriais, mesmo que em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação, conforme definição no rol de procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

d) Cobertura de procedimentos ambulatoriais especiais

Garante as despesas efetuadas com a realização dos seguintes procedimentos ambulatoriais, considerados especiais.

1 - Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD;

2 - Quimioterapia Ambulatorial;

3 - Radioterapia;

4 - Hemoterapia Ambulatorial; e

5 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

e) Cobertura de atendimento psiquiátrico ambulatorial

Garante o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

a) tratamento básico, entendendo-se como tal, aquele que prestado por médico, com número ilimitado de consultas;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

c) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes; e

d) psicoterapia de crise entende-se como tal, o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 semanas, tendo início imediatamente atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 sessões por ano/usuário.

5.2 – SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

A cobertura deste item garante os atendimentos e despesas médicas e/ou hospitalares a seguir elencados:

a) Cobertura de Internação

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internamentos para fins clínicos ou cirúrgicos que necessitem de ambiente hospitalar. Serão cobertas as despesas decorrentes de:

- 1 - diárias de internação na acomodação prevista nas condições particulares.
- 2 - diárias de unidade de terapia intensiva - UTI - e unidade de isolamento ou similares;
- 3 - honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 4 - exames complementares indispensáveis para o controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia/radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internamento hospitalar;
- 5 - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados; e
- 6 - acomodação e alimentação padrão fornecida pelo hospital para um único acompanhante, desde que o paciente seja menor de 18 anos ou maior de 60 anos. *Excetua-se desta condição o padrão de contratação Executivo ou Especial, onde a Contratante terá assegurada a cobertura do café da manhã para acompanhantes.*

b) Cobertura de Procedimentos Especiais Durante a Internação

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares realizados durante o período de internação com os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- 1 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 2 - Quimioterapia;
- 3 - Radioterapia;
- 4 - Hemoterapia;
- 5 - Nutrição enteral e parenteral;
- 6 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 7 - Embolizações e radiologia intervencionista;
- 8 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 9 - Fisioterapia;
- 10 - Transplantes de rins e córnea, bem como despesas com procedimentos vinculados, entende-se como tal, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:
 - 10.1) Despesas assistenciais com doadores vivos;
 - 10.2) Medicamentos utilizados durante a internação;
 - 10.3) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação e manutenção;
 - 10.4) Despesas com captação, transporte e preservação do órgão na FA de ressarcimento ao SUS.

Obs.: o candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNDOS e se sujeitará ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) Cirurgia Plástica Reconstructiva de Mama

Utilizando-se os meios cabíveis para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme determina o art. 10-A da Lei Federal nº 9.656/98.

d) Cobertura de Internamento Psiquiátrico

Garante tratamento sob regime de internamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10) sendo cobertos:

- 1 - o custo integral até 30 dias de internação por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermagem psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- 2- o custo integral até 15 dias de internação por ano de contrato, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
- 3 - Se os períodos de internação psiquiátrica acima descritos, 15 e 30 dias, forem excedidos consecutivamente ou não, dentro do período de 12 (doze) meses, a Contratante pagará à Operadora, a título de coparticipação, o percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os totais das despesas de internação do período em excesso.

4 - Cobertura obrigatória em hospital dia quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14); b. paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29); c. paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, F31); d. paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

5.3 – SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

Compreende toda a cobertura prevista na segmentação ambulatorial e hospitalar, dos procedimentos relativos ao pré-natal, acrescida ainda da assistência às despesas médico-hospitalares efetuadas com internamentos motivados por gravidez e suas conseqüências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

a) Serão cobertas as despesas com assistência à saúde ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

6 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para efeito desta cobertura entende-se:

- (i) como atendimento de emergência aquele que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico;
- (ii) como atendimento de urgência, o resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

a) Como acidente pessoal considera-se o evento ocorrido após o início de vigência do Plano, de forma súbita, involuntária e violenta, por meio exclusivo e diretamente externo que venha a causar lesão física ao usuário do plano, tornando necessário tratamento médico em caráter de urgência.

b) Cobertura de Atendimento Ambulatorial de Urgência/Emergência: Serão cobertas as despesas ambulatoriais decorrentes da realização de atendimento caracterizado como de urgência/emergência que demandem atenção continuada, limitada as primeiras 12 horas de atendimento.

b.1) Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da Contratante, não cabendo ônus à Operadora.

c) Cobertura de Atendimento Hospitalar de Urgência/Emergência: Serão cobertas as despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

c.1) No Plano Hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

d) Cobertura de Urgência/Emergência para Obstetrícia: Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura Obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

d.1) Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente de condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porem ainda cumprindo período de carência – a Operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial. (CONSU N° 13, artigo 2°)

e) Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este devesse abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação. A cobertura de urgência/emergência se restringirá as previstas para atendimentos ambulatoriais, caso o atendimento for:

I - decorrente de doença ou lesão preexistente para a qual exista acordo de cobertura parcial temporária;

II - decorrente da condição gestacional de pacientes sem cobertura obstétrica;

III - efetuado no decorrer dos períodos de carência.

7 – ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

7.1 – A abrangência geográfica para os atendimentos previstos neste contrato é Grupo de Municípios.

7.2 – Para utilização dos serviços contratados, a Contratante deverá observar a rede de prestadores fornecida através do Guia Médico da Operadora, limitando-se à área de abrangência geográfica indicada.

8 – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

8.1 – A Contratante, de acordo com o plano contratado, conta com o seguinte padrão de acomodação em internação:

a) Executivo ou Especial: Acomodação Individual.

8.2 – Havendo indisponibilidade de leito nos estabelecimentos credenciados pela Operadora, será garantido ao usuário/dependente o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

9 – DO CUSTO MENSAL E MECANISMO DE REGULAÇÃO FINANCEIRA

9.1 – O Custo Mensal por Usuário será cobrado de forma pré-estabelecida, levando-se em consideração o valor do custo fixo mensal de cada usuário inscrito, de acordo com a respectiva faixa etária, conforme tabela constante na Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM. Os valores apurados serão cobrados integralmente e diretamente da Contratante.

9.2 – Para a prestação dos serviços ora contratados, a Contratante deverá observar – além do custo fixo mensal de cada usuário inscrito – a necessidade de pagamento de coparticipação de 50% (cinquenta por cento) limitada a R\$ 130,00 (cento e trinta reais) por evento ambulatorial.

9.2.1. O prazo para discutir as despesas de coparticipação referentes ao período de 120 (cento e vinte) dias contados da data de atendimento do usuário/beneficiário sempre encerrará 30 (trinta) dias após o recebimento da fatura, após este período de 30 (trinta) dias as guias não estarão mais disponíveis para visualização.

9.3 – A fatura será composta pelo somatório do custo fixo mensal de cada usuário e pela coparticipação referente à utilização, na forma do presente contrato.

9.4 – O pagamento da fatura deverá ser efetuado pela Contratante todo mês no dia indicado para vencimento na Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM acordada entre as partes. Havendo dúvidas acerca das cobranças, a Contratante poderá solicitar - antes do vencimento da fatura - que lhe sejam prestados todos os esclarecimentos necessários à elucidação de suas dúvidas.

9.5 – O não recebimento da fatura pela Contratante dentro do prazo de pagamento, não a isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, devendo este fato ser notificado em tempo

hábil à Operadora, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na automática aplicação de todas as condições que regem o presente Contrato, inclusive no tocante ao seu cancelamento por falta de pagamento.

9.6 – O pagamento antecipado das faturas não elimina nem reduz os prazos de carência já estabelecidos.

9.7 – A Operadora não poderá se responsabilizar em caso de recolhimento por parte da Contratante de qualquer valor a título de pagamento de quitação do serviço objeto deste contrato, junto aos seus funcionários.

9.8 – Ocorrendo a impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice que venha a substituí-lo, acrescido ainda de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

9.9 – A ausência de quitação das faturas pela Contratante por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará no automático cancelamento contratual, na forma da Lei, isentando a Operadora de eventuais responsabilidades por ausência de cobertura ou atendimento aos usuários/dependentes daquele contrato.

9.10 – A Contratante será única e exclusivamente responsável pelos prejuízos e danos ocasionados aos seus usuários/dependentes em decorrência de sua inadimplência, devendo ser responsabilizada e denunciada nos casos de eventuais demandas judiciais proposta pelos usuários/dependentes daquela empresa contra a Operadora.

9.11 – Caso a Operadora seja acionada judicialmente por algum usuário/dependente da Contratante, para proceder à cobertura de tratamentos, reparação de danos, indenizações, dentre outros, tendo em vista a rescisão contratual por inadimplência da Contratante e eventualmente venha ser condenada judicialmente ao pagamento destes custos ao usuário/dependente, terá direito de regresso contra a Contratante, podendo cobrar todos os valores suportados, com juros e correções monetárias.

9.12 – A Operadora não interferirá nas relações trabalhistas e/ou estatutárias entre a Contratante e os usuários incluídos no presente contrato.

9.13 – Em caso de doença ou lesão preexistente, devidamente declarada pelo beneficiário/dependente da Contratante, se este ignorar as propostas apresentadas pela Operadora na forma da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS, e optar pela prestação de serviços da Operadora será cobrado o valor de custo operacional do procedimento acrescido da taxa de administração e impostos consistentes em 29% (vinte e nove por cento).

9.14 – Caso o beneficiário/dependente não declare a doença ou a lesão preexistente e ainda sim houver a escolha de atendimento diretamente pela Operadora, será cobrado o valor de custo operacional do procedimento acrescido da taxa de administração e impostos na ordem de 40% (quarenta por cento), ressalvado o direito da Operadora de rescindir o contrato unilateralmente, nos termos do artigo 13, parágrafo único, inciso II da Lei nº 9.656/1998.

9.15 – Afastada a condição de urgência/emergência nas situações em que o beneficiário ainda estiver em período de carência, ultrapassadas as 12 (doze) horas de internação previstas na CONSU/ANS nº 13, caso este ou seus familiares não tenham interesse em dirigir-se para unidade do Sistema Único de Saúde ou assumir o atendimento particular, será cobrado o valor de custo operacional do atendimento que exceder à cobertura, acrescido da taxa de administração e impostos consistentes em 29% (vinte e nove por cento).

10 – DOS REAJUSTES

10.1 – A atualização dos valores dos custos mensais individuais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, com base nos seguintes critérios:

- a) Reajuste financeiro com base na variação dos custos hospitalares (diárias e taxas hospitalares, materiais, gases medicinais, medicamentos e outros), honorários, introdução de tecnologia de ponta, exames complementares, serviços auxiliares; salários e despesas administrativas, apurados nos últimos 12 (doze) meses;
- b) Reajuste técnico decorrente da alteração do nível de sinistralidade que terá como base a reavaliação dos custos mensais individuais e sinistros da carteira específica da Contratante ocorridos nos últimos 12 (doze) meses, acrescidos da média da variação do IGPM no período ou outro índice que vier substituí-lo.
- c) Os reajustes financeiros e técnicos serão aplicados a todos os usuários/dependente, independentemente da idade;
- d) O critério de atualização previsto nos itens “a” e “b” poderão ter periodicidade inferior a um ano desde que haja concordância da Contratante.

10.2 – Reajuste através da alteração de faixa etária, em razão da idade do usuário, observando para tanto os percentuais previstos na Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM.

10.3 – O reajuste por variação de faixa etária não será aplicado aos usuários com mais de 60 anos de idade, na forma do Estatuto do Idoso – Lei Federal nº 10.741/2003.

10.4 – Os critérios de reajuste contratual obedecerão à comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de acordo com as exigências previstas para cada modalidade de contratação.

10.5 – A fórmula aplicada para obtenção do índice técnico e conclusão do reajuste apontado no item 10.1 é $\text{Despesa} \times 100 / 70 \times 100 / \text{receita} - 100$, de modo que o desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (setenta por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

10.6 – O valor do limitador previsto no item 9.2 da cláusula 9ª do Contrato será atualizado a cada 12 (doze) meses pelo Índice Geral de Preços do Mercado – IGPM/FGV ou outro índice que venha a substituí-lo.

10.7 – Por força da Resolução Normativa nº 309/2012 da ANS os contratos de plano de assistência à saúde com até 30 (trinta) beneficiários vinculados, independentemente da segmentação, integrarão agrupamento de contratos para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste anual, observadas as seguintes condições:

- a) a quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de assinatura da Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário do contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento;
- b) para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado;
- c) ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da Operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS;
- d) o cálculo e os critérios de reajuste serão exatamente os mesmo apontados no itens 10.1 e 10.5 desta cláusula do Contrato.

10.8 – Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

11 – DO REEMBOLSO

11.1 – A Operadora assegurará, nos limites das obrigações contratuais, o reembolso das despesas efetuadas pela Contratante com assistência à saúde, **em caso comprovado de urgência/emergência**, quando não for possível a utilização da rede credenciada da Operadora, de acordo com os critérios e valores a seguir definidos:

a) Despesas Hospitalares:

Independente do valor pactuado entre a Contratante/Usuário e o prestador não credenciado, para efeito de reembolso serão considerados como valor de cada serviço aqueles previstos na Tabela de serviços hospitalares da agemed administradora de planos de saúde Ltda, registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville – SC, sob o nº 00078281, às fls. 00024 no livro B-265, arquivado sob o nº 25086827, ou outra tabela que venha substituí-la.

b) Materiais e Medicamentos:

Independente do valor pactuado entre a Contratante/Usuário e o prestador não credenciado, para efeito de reembolso serão considerados os valores previstos como preço ao consumidor no Brasíndice vigente na data final do atendimento (alta do usuário). Os materiais e medicamentos não constantes no Brasíndice serão reembolsados com base na Tabela de Preços de orteses, próteses e materiais especiais da Agemed, registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville – SC, sob o nº 00078283, às fls. 00026 no livro B-265, arquivado sob o nº 25086827, ou outra tabela que venha substituí-la.

c) Honorários Médicos:

Serão reembolsados a título de honorários médicos os valores previstos na Tabela de valores para reembolso de procedimentos médicos e hospitalares da Agemed Planos de saúde registrada no Ofício de Registro Civil de Títulos e Documentos de Joinville – SC, sob o nº 00076179, às fls. 00022 no livro B-258, arquivado sob o nº 25084697, ou outra tabela que venha substituí- a.

11.2 – Documentação para Reembolso

Para obtenção do reembolso, a Contratante deverá enviar à Operadora os seguintes documentos originais:

- a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, exames pré e pós operatórios e data do atendimento;
- b) Recibos individuais e originais dos honorários médicos devidamente quitados. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal original e quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
 - i. Nome completo do paciente, incluindo CPF e RG;
 - ii. Procedimento e data de sua realização;
 - iii. Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);
 - iv. Valor dos honorários cobrados e valor dos descontos se houver;
 - v. Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;
 - vi. Assinatura do responsável pela emissão do documento com nome legível e CPF.
- c) Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, exames e taxas, nome do paciente, data do início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, apresentando indispensavelmente a nota fiscal devidamente quitada. Ainda será facultada à Operadora periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.
- d) Somente serão considerados válidos documentos originais apresentados pela Contratante à Operadora.

11.3 – O reembolso será realizado no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada pela Contratante, através de cheque nominal ou depósito em conta bancária fornecida pela Contratante.

11.4 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam cálculo correto do ressarcimento, a Operadora poderá solicitar da Contratante documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias a partir desta entrega. A Contratante perderá o direito ao reembolso após decorridos 60 (sessenta) dias da data da alta médica, bem como se o evento ocorrer após a rescisão contratual ou se a rescisão ocorreu por inadimplência da Contratante.

11.5 – A Operadora se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado pela Contratante para fins de reembolso, comparando-os com os valores médios para procedimentos idênticos ou similares.

11.6 – O evento ambulatorial que ensejar reembolso também resultará na cobrança de coparticipação, limitada a R\$ 130,00 (cento e trinta reais), na forma do item 9.2 da cláusula 9ª do Contrato.

12 – CARÊNCIA

12.1 – Os Usuários titulares/dependentes estarão sujeitos ao cumprimento dos seguintes períodos de Carência:

Urgência/Emergência - 24 horas
Exames Complementares - 180 dias
Procedimentos Ambulatoriais Especiais - 180 dias
Atendimento Psiquiátrico Ambulatorial - 180 dias
Atendimentos
Internamento Clínico/Cirúrgico - 180 dias
Internamento Psiquiátrico - 180 dias
Partos - 300 dias

12.2 – No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual a 30 (trinta), não haverá a exigência de cumprimento de prazo de carência. A exigência de carência se aplicará quando o quantitativo estiver abaixo de 30 participantes no momento da inclusão do usuário/dependente no plano ou do quantitativo da massa no momento da contratação.

12.3 – A Operadora considerará, para fins de contagem e aplicação dos prazos de carência, a data da assinatura da proposta de adesão de cada usuário no plano contratado.

13 – REMOÇÃO

13.1 – Fica garantida pela Operadora a remoção inter-hospitalar em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do paciente depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e desde que caracterizado pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela rede credenciada para a continuidade do tratamento.

13.2 – Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a Operadora está desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

13.3 – Quando a remoção não puder ocorrer por risco de morte, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a Operadora deste ônus.

13.4 – A remoção do paciente se dará por via terrestre dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato e desde que a modalidade de contratação inclua internação hospitalar.

13.5 – Nos contratos de plano hospitalar e referência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais, ou seja, a Operadora garantirá cobertura limitada até as 12 primeiras horas do atendimento, bem como a remoção do paciente para uma das unidades do sistema único de saúde (SUS) que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

14 – DOS RISCOS EXCLUÍDOS

14.1 – Estão excluídas todas as coberturas deste plano de assistência, os tratamentos/despesas decorrentes de:

- a) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- b) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- d) tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica com finalidade estética, bem como orteses e próteses para o mesmo fim;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- f) inseminação artificial;
- g) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- h) fornecimento de medicamentos para tratamento em regime domiciliar;
- i) fornecimento de próteses, orteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- j) despesas médicas e/ou hospitalares efetuados antes do cumprimento das carências previstas nas condições particulares;
- k) exames realizados a pedido do usuário;
- l) despesas extraordinárias, tais como: diferenças de despesas médico-hospitalares motivadas por internação hospitalar em acomodação superior à contratada por opção do usuário, despesas com frigobar, telefones, gorjetas e quebra de objeto, dieta não recomendada pelo médico ao paciente, produtos de toalete e de higiene pessoal, decorações, aparelho de tv e jornais;
- m) enfermagem de caráter particular seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente sejam extraordinárias;
- n) tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- o) transplantes (à exceção de córnea e rim);
- p) remoção para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, ou procedimentos diagnósticos não cobertos pelo plano e remoções por via diferente da terrestre;
- q) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ainda que a coleta de material seja no Brasil, ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- r) despesas não vinculadas diretamente à cobertura contratada pela Contratante;
- s) procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- t) todo e qualquer procedimento realizado fora da rede credenciada da Operadora, exceto para os casos de urgência/emergência.

15 – DECLARAÇÃO DE SAÚDE, AGRAVO, COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

15.1 – A Contratante e seus usuários/dependentes estão cientes e concordam que é condição primordial para a manutenção deste contrato que o usuário/dependente informe à Operadora, expressamente através da Declaração de Saúde, a condição sabida de doença e/ou lesão preexistente, previamente à assinatura deste Contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do Contrato.

15.2 – Tal informação será prestada à Operadora a fim de que seja realizada uma entrevista qualificada com um médico indicado pela mesma sem nenhum ônus para a Contratante ou, a seu critério com um médico não pertencente ao quadro próprio ou credenciado da Operadora, assumindo neste caso, as despesas daí decorrentes. A Contratante poderá ainda abrir mão da utilização de profissional médico quando do preenchimento da declaração de saúde, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

15.3 – A Operadora poderá solicitar em caráter complementar, a realização de alguns exames com o intuito de auxiliar o médico perito durante a avaliação de saúde do usuário/dependente.

15.4 – A Constatação, seja através da declaração de saúde, entrevista qualificada ou através de exames periciais, da existência de doença ou lesões preexistentes, resultará no agravamento do valor da mensalidade ou na cobertura parcial temporária pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a critério da Contratante. Para fins desta comprovação, a Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal, assumindo o ônus da prova, e comunicando imediatamente ao usuário/dependente a existência de doença ou lesão, não declarada por ocasião da contratação do plano.

15.5 – A aplicação de Agravamento liberará a utilização de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes, mediante o acréscimo nas contraprestações pecuniárias, observadas as carências normais previstas em contrato.

15.6 – A Cobertura Parcial Temporária provocará a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato, às doenças e lesões preexistentes e quaisquer doenças específicas, por um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data da assinatura do contrato. Findo o prazo, a cobertura será integral, não cabendo qualquer tipo de agravamento.

15.7 – Caso a Contratante não concorde com a alegação da existência de doença ou lesões preexistentes, a Operadora deverá encaminhar a documentação pertinente à ANS.

15.8 – Se for acolhida a alegação pela ANS em favor da Operadora, a Contratante passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação pela Operadora.

15.9 – Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o julgamento pela ANS.

15.10 – Às crianças nascidas de parto coberto pela Operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde sejam inscritas no contrato dentro de 30 dias do nascimento.

15.11 – A Contratante será ainda co-responsável pelos danos decorrentes da fraude no preenchimento da declaração de saúde de seus usuários, respondendo individualmente ou solidariamente pelo ressarcimento das despesas geradas à Operadora em decorrência deste ato ilícito.

15.12 – No ato da contratação e preenchimento da Declaração de Saúde será firmado Termo de Compromisso, no qual o beneficiário/dependente ficará ciente de que qualquer procedimento decorrente da doença e/ou lesão preexistente custeado pela Operadora será cobrado nos termos das cláusulas 9.13 a 9.15, caso não opte por atendimento do Sistema Único de Saúde, pelo Agravamento ou pela Cobertura Parcial Temporária.

16 – DOS PROCEDIMENTOS PERICIAVEIS – NECESSIDADE DE AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO JUNTO À OPERADORA

16.1 – Todos os procedimentos de saúde oferecidos através do presente contrato são classificados como procedimentos sujeitos à autorização prévia da Operadora.

16.2 – A Operadora reserva-se ainda, no direito de determinar a realização de perícia quando julgar necessário para elucidação de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos solicitados pelos médicos responsáveis. A Operadora poderá pedir informações complementares ao médico assistente do usuário/dependente, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

16.3 – Os procedimentos sujeitos à autorização prévia e/ou perícia, somente poderão ser considerados liberados para realização junto aos prestadores, após liberação dos mesmos pelo médico auditor da Operadora.

16.4 – As divergências de natureza médica sobre as coberturas e atendimentos previstos pelo plano, serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos, conforme a natureza do atendimento, sendo um nomeado pela Operadora, outro pela Contratante e um terceiro desempassador, escolhido pelos dois médicos nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

16.5 – Se não houver acordo na escolha do médico desempassador, a sua designação será solicitada ao Presidente do Conselho de Medicina sediado na localidade do litígio, devendo as partes (Operadora e Contratante) aguardarem todo o trâmite administrativo, sem alegação posterior de prejuízo tanto material quanto moral.

17 – UTILIZAÇÃO INDEVIDA – RESSARCIMENTO PELA CONTRATANTE

17.1 – Os custos suportados pela Operadora, provocados pelo uso indevido do Cartão de Identificação, inclusive por usuários excluídos, serão cobrados da Contratante através de boleto de cobrança bancária, o qual deverá ser quitado até a data do seu vencimento.

17.2 – O não pagamento desta fatura até a data de seu vencimento ocasionará multa de 10% (dez por cento) sobre o montante do débito, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e atualização monetária do período.

17.3 – Caso a Operadora não obtenha êxito na cobrança extrajudicial do débito, poderá ingressar judicialmente contra a Contratante, cobrando inclusive os valores referentes às custas judiciais e honorários advocatícios.

17.4 – A Contratante será unicamente ou solidariamente responsável pela prática de atos ilícitos e/ou fraudulentos por seus usuários/dependentes perante a Operadora, respondendo em todos os aspectos pelos danos daí decorrentes.

18 – REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS – APOSENTADOS, EXONERADOS E DEDITIDOS SEM JUSTA CAUSA

18.1 – Ao usuário que contribuir para o plano decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado o direito de manutenção na condição de usuário da cobertura de assistência a saúde contratada, nas mesmas condições que gozava quando da vigência do contrato de trabalho e, desde que manifeste seu interesse em permanecer nesta modalidade contratual no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento de seu contrato de trabalho e respeitadas as seguintes regras:

- a) o período de manutenção da condição de usuário, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, será de 1/3 do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 meses e um máximo de 24 meses;
- b) o período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:
(1) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos; ou (2) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a 10 (dez) anos;
- c) esta condição é extensiva obrigatoriamente a todo o grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho;
- d) em caso de morte do usuário titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde nos termos do disposto nesta cláusula.
- e) o direito assegurado nesta cláusula não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho;
- f) considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do usuário no plano coletivo cancelado;

g) em qualquer dos casos (itens acima: a - f), o usuário deverá arcar com os custos mensais da cobertura contratada, inclusive de seus dependentes, nas mesmas condições previstas no contrato principal da contratante.

18.2 – Caso a Operadora tenha registrado um plano individual/familiar - ativo na ANS - na época do cancelamento do plano coletivo, garantirá o direito de inclusão de usuário, no caso de rescisão ou exoneração do seu contrato de trabalho, sem justa causa, em contrato individual/familiar de assistência à saúde, sem necessidade de cumprimento de carência se esta já tiver sido cumprida no contrato coletivo. Caso tenha sido cumprida a carência, em parte, a mesma será aproveitada no plano individual/familiar, devendo ser cumprido o período de carência restante.

18.3 – A condição de beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

18.4 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

19 – DA VIGÊNCIA E CONDIÇÃO DE RENOVAÇÃO CONTRATUAL

19.1 – O período inicial de vigência do plano assistencial da Contratante é de 12 (doze) meses, contados a partir da confirmação de pagamento do primeiro boleto o qual dependerá da aprovação de todos os documentos pela Operadora necessários para efetivação do contrato, nos termos da Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM.

19.2 – Ao término da primeira vigência contratual, não havendo qualquer manifestação das partes, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o contrato passará a reger-se por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato e para renovação.

20 – DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

20.1 – Para os usuários/dependentes incluídos pela Contratante até o dia 10 (dez) de cada mês, a vigência do risco individual terá início a partir do primeiro dia do mês subsequente.

20.2 – Para os usuários/dependentes incluídos pela Contratante após o dia 10 (dez) do mês, a vigência do risco individual somente terá início no mês posterior ao subsequente da solicitação, valendo inclusive para os casos de recém-nascidos, recém-casados e recém-admitidos.

20.3 – As datas previstas acima poderão ser adiadas se houver necessidade de esclarecimentos ou informações adicionais relativas a qualquer documentação, declaração de saúde ou quaisquer outros dados, tanto de usuário titular quanto de seus eventuais dependentes.

21 – DA RESCISÃO, EXCLUSÃO OU CANCELAMENTO CONTRATUAL

21.1 – Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, o presente contrato poderá ser rescindido de pleno direito, através de notificação prévia de 10 (dez) dias, sem que caiba direito a qualquer indenização, quando verificada as seguintes hipóteses:

a) No caso de inadimplência da Contratante por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não;

- b) Caso seja apurada pela Operadora qualquer irregularidade cometida por parte da Contratante/usuários e dependentes, dentre elas fraude, tentativa de fraude dolo ou inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais;
- c) Se por má-fé a Contratante, usuários/dependentes omitirem informações ou tentarem, por qualquer meio, obter vantagem ilícita sobre a Operadora;
- d) Se a Contratante, usuários/dependentes praticarem em suas declarações qualquer omissão, inexatidão ou erro, que tenham influenciado na aceitação das condições deste contrato.
- e) Se a natureza dos riscos deste contrato vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições técnico/atuariais mínimas de manutenção.

21.1.1. Poderá o presente contrato ser rescindido a qualquer tempo, pela Contratante, mediante notificação expressa, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem que esta iniciativa gere direito a qualquer indenização, de parte a parte.

21.2 – Na hipótese de rescisão contratual, na data de encerramento contratual, cessará para todos os fins, qualquer responsabilidade da Operadora perante a Contratante, usuários/dependentes, pelos serviços de assistência médica em geral, considerando para estes fins a cláusula 21.8.

21.3 – Para eventuais serviços em curso, como internações/tratamentos continuados, fica estabelecido que serão de responsabilidade da Contratante as despesas havidas após a rescisão contratual.

21.4 – A Contratante reconhece como dívida líquida e certa em favor da Operadora, com forma de título executivo extrajudicial, qualquer cobrança a atendimentos prestados a seus usuários/dependentes após a rescisão contratual. Será responsabilidade da Contratante proporcionar ciência da rescisão contratual aos seus usuários/dependentes.

21.5 – Exclusão dos Usuários/Dependentes:

O usuário e seus dependentes serão automaticamente excluídos do contrato nas seguintes hipóteses:

- a) Quando a Contratante solicitar, a seu critério e sob sua responsabilidade - através de solicitação escrita;
- b) Automaticamente com a rescisão contratual entre a Contratante e a Operadora;
- c) Quando ocorrer a morte do usuário titular;
- d) Quando cessar entre o usuário titular e a Contratante por justa causa - o vínculo sobre o qual foi realizado o plano.

21.6 – O cancelamento contratual do plano de saúde do usuário titular implicará no automático e imediato cancelamento de seus dependentes.

21.7 – A Contratante, em caso de rescisão contratual ou exclusão de seus Usuários, ficará responsável pelo recolhimento de todos os cartões de identificação fornecidos no ato da contratação, bem como será responsável por eventuais utilizações indevidas dos mesmos.

21.8 – As exclusões requeridas pela Contratante, seja por demissão ou por perda da condição de titular/dependente, deverão ser informadas à Operadora até o 10º (décimo) dia de cada mês - acompanhadas do respectivo cartão de Identificação do Usuário - para que surtam os efeitos legais no mês subsequente, caso contrário, as exclusões somente serão processadas no mês posterior ao subsequente da solicitação e as despesas daí decorrentes correrão por conta da Contratante.

21.9 – Independentemente do cancelamento contratual, fica ressalvado à Operadora o direito de cobrar valores não pagos pela Contratante durante a vigência dos serviços assistenciais contratados.

21.10 – É de responsabilidade da Contratante comunicar de imediato à Operadora qualquer alteração em seu endereço, para que todas as correspondências e documentos lhe sejam entregues em tempo hábil, inclusive os boletos de cobrança.

21.11 – A alteração de endereço deverá ser comprovada através da respectiva alteração do contrato social da empresa devidamente registrada junto ao órgão competente.

21.12 – A inobservância da condição prevista nesta cláusula não impedirá a Operadora quanto à automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato, inclusive no que se refere à rescisão ou cancelamento contratual, sendo considerado para todos os fins, como endereço válido, aquele inicialmente informado na Solicitação para Emissão de Contrato de Assistência Médica – SECAM.

22 - DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS (próprios, credenciados ou referenciados)

22.1 – A Operadora reserva-se o direito de cancelar os serviços preferenciais de hospitais, bem como nomear novos prestadores de serviços de atendimento do mesmo padrão, desde que haja aviso prévio de 30 (trinta) dias à Contratante e após justificativa à ANS, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraudes ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

22.2 – Caso ocorra a substituição de estabelecimento hospitalar durante o período de internação do usuário/dependente, o mesmo será imediatamente transferido para outra entidade hospitalar equivalente, sem qualquer ônus adicional, a critério do médico responsável e na forma definida neste contrato, ou, caso não seja possível sua imediata remoção, terá garantida a continuidade de seu tratamento até a alta hospitalar, ficando a Operadora responsável pelas despesas daí decorrentes.

22.3 – A Operadora deverá solicitar autorização expressa da ANS, com justificativas, para redimensionamento da rede hospitalar por redução, atendendo obrigatoriamente o disposto no artigo 17 da Lei 9.656/98.

23 – DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1 – Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes Contratantes e serão objeto de aditivo ao presente instrumento, quando for o caso.

23.2 – A Contratante e os usuários/dependentes inscritos neste contrato, autorizam a Operadora, sem quaisquer restrições, a receber cópia de Prontuário Médico, Informações Clínicas, Relatórios e Resultados de exames, junto aos médicos de quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

23.3 – A propaganda, divulgação ou promoção do plano por parte da Contratante somente poderá ser feita com autorização expressa e supervisão da Operadora, respeitadas as condições do plano. A Operadora ficará isenta de qualquer responsabilidade por material divulgado pela Contratante, sem sua prévia autorização.

23.4 – A Contratante, como representante de seus usuários/dependentes, autoriza a Operadora a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos realizados, que venham ser solicitados pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde e ANS.

23.5 – Nenhuma responsabilidade caberá à Operadora pelos atendimentos médicos, atos, opiniões, procedimentos hospitalares e ambulatoriais prestados por sua rede credenciada de profissionais e entidades, em desconformidade com os padrões exigidos pela legislação de cada grupo, ficando tal responsabilidade restrita, única e exclusivamente, ao próprio prestador de serviços que tiver dado causa à infração.

23.6 – A Operadora não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros

comprometimentos que não estejam previstos neste contrato, exceto se previamente por ela aprovado por escrito.

23.7 – O presente contrato obriga as partes Contratantes por si, seus herdeiros ou sucessores.

23.8 – Os direitos e vantagens adquiridos com a assinatura do presente Contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, sob qualquer título, pretexto ou alegação.

23.9 – Qualquer concessão praticada pela Operadora no tocante às cláusulas do presente contrato, não se constituirá em novação, perdão, renúncia, alteração ou renovação contratual, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pela Contratante/Usuário/dependente.

23.10 – Efetuado o atendimento ao usuário ou seus dependentes por qualquer cobertura do plano contratado, a Operadora ficará automaticamente sub-rogada, até o valor despendido, em todos os direitos e ações que competirem ao usuário titular ou seus dependentes contra terceiros, obrigando-se o usuário titular a facilitar os meios ao pleno exercício desta sub-rogação.

23.11 – Este instrumento contratual foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até o momento de sua entrega, assim, qualquer alteração das condições que implique em necessária modificação do que foi aqui estabelecido, sujeitará a novo ajuste das normas, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

23.12 – A Contratante poderá solicitar a seu critério – através de comunicação formal dirigida à Operadora – alteração do plano de saúde contratado, para outro plano de nível superior oferecido pela Operadora. Neste caso, a Contratante estará subordinada ao cumprimento dos períodos de carência previstos para o novo contrato.

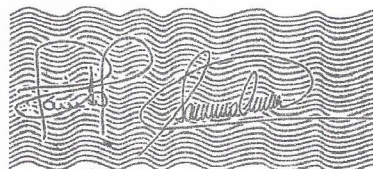
23.13 – As garantias do plano terão seqüência como se a Contratante permanecesse no padrão de acomodação anterior, enquanto estiver cumprindo os novos prazos de carência para gozo do padrão de acomodação do novo plano escolhido.

23.14 – A alteração de plano deverá incluir todos os Usuários/Dependentes no Contrato.

23.15 – A Contratante fornecerá ainda à Operadora, para manutenção do contrato de prestação de serviços de assistência à saúde contratado, todos os documentos que eventualmente venham a ser exigidos e definidos como obrigatórios pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ou demais órgãos de fiscalização.

23.16 – Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da sede da Contratante.

23.17 – As partes declaram e reconhecem a chancela da Operadora como comprovante hábil de assinatura legítima dos representantes legais desta, conforme Escritura Pública de Ato Notarial de Registro de Chancela sob protocolo nº 23018, registrada no 2º Tabelionato de Notas e 3º Ofício de Protestos de Títulos de Joinville/SC, em 12 de março de 2013.



Agemed Saúde S.A.
Operadora Contratada

GLOSSÁRIO - CONCEITOS E DEFINIÇÕES

- 1 - **Aborto Involuntário:** Interrupção de uma gravidez em curso não provocada voluntariamente.
- 2 - **Acidente pessoal:** é todo evento, exclusivo e diretamente externo, súbito, com data caracterizada, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física, por si só e independente de qualquer outra causa torne necessária a internação e/ou tratamento médico.
- 3 - **Acidente do Trabalho:** qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto de ida ou retorno.
- 4 - **Acupuntura:** Tratamento de certas perturbações funcionais, inclusive para aliviar determinadas dores com utilização de agulhas.
- 5 - **Agravo:** é o acréscimo que o consumidor vai pagar por mês para ter direito imediato à cobertura completa de doenças e lesões preexistentes.
- 6 - **Ambulatório:** enfermaria para consultas ou primeiros socorros, atendimentos de curativos ou pequenas cirurgias.
- 7 - **Atendimento de emergência:** é aquele decorrente de imprevisto, de evento perigoso e de fortuito, embora não necessite de ser atendido com rapidez, imediatamente. É aquele decorrente de risco de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.
- 8 - **Atendimento de urgência:** é o procedimento que deve ser feito com rapidez, imediatamente, ou seja, é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.
- 9 - **Beneficiário:** é aquele favorecido por vantagem (benefício) ou direito (também chamado de usuário).
- 10 - **Benefício:** trata-se de uma cobertura não obrigatória, expressamente prevista em contrato e oferecida ao usuário.
- 11 - **Carência:** é um período pré-determinado no início do contrato, durante o qual o usuário não pode usar integralmente os serviços oferecidos pelo plano ou seguro saúde.
- 12 - **Cartão Individual de Identificação:** é o cartão que contém a identidade do usuário, com todos os dados necessários para permitir seu atendimento nos departamentos conveniados com a Operadora.
- 13 - **Cartão Proposta:** Documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar um Plano Coletivo de Assistência à saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos no Plano que esteja adquirindo.
- 14 - **CID:** Código Internacional de Doenças, divulgado pela OMS – Organização Mundial de Saúde.
- 15 - **Check-up:** Série de exames, inclusive clínico para detectar doenças ou alterações orgânicas que são comuns na faixa etária e sexo do usuário.
- 16 - **Coberturas/Garantias:** São riscos cobertos de acordo com o plano contratado.
- 17 - **Cobertura parcial temporária:** é o período de 24 (vinte e quatro) meses durante o qual é excluído o tratamento integral de doenças/lesões preexistentes.
- 18 - **Condições Gerais:** cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da Operadora quanto do Usuário de um mesmo Plano Coletivo de Assistência à Saúde.
- 19 - **Co-participação:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à Operadora, após a realização do procedimento.
- 20 - **Contratada:** é a empresa que se obriga perante a Contratante/usuário, garantindo a prestação de serviços de assistência à saúde, através de seus médicos ou profissionais contratados.(Operadora)
- 21 - **Contratante:** é o indivíduo ou empresa, devidamente identificado na Proposta de Adesão ou Contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus funcionários, para si ou para seus dependentes.
- 22 - **Curetagem:** Raspagem do interior do útero com auxílio de uma cureta (instrumento com a forma de colher).
- 23 - **Declaração de Saúde:** é o questionário fornecido pela Contratada, preenchido pelo Contratante e seus dependentes, destina-se a declarar a existência de doenças preexistentes, servindo ainda como avaliação do estado de saúde do usuário e dependentes.
- 24 - **Dependentes:** são os usuários que dependem por lei do titular do contrato.
- 25 - **Despesas Médico-Hospitalares:** São as despesas de honorários médicos, serviços hospitalares e diagnose, materiais e medicamentos cobertos pelo Plano Coletivo de Assistência à Saúde.
- 26 - **Diagnose:** Determinação através de sintomas e/ou mediante exames diversos para confirmação de um diagnóstico.

- 27 - Diálise Peritoneal:** Processo terapêutico que consiste em introduzir e retirar da cavidade abdominal, de modo contínuo e intermitente, uma determinada solução, depurando o sangue de diversas substâncias nocivas.
- 28 - DIU:** Dispositivo intra uterino.
- 29 - Doença:** é o distúrbio de saúde definido, com sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico hospitalar.
- 30 - Doenças ou lesões preexistentes:** são doenças e lesões que o Contratante e seus dependentes, tinham conhecimento ou sabiam ser sofrendores ou portadores no momento da assinatura do contrato.
- 31 - Dolo:** é a intenção de cometer um fato contrário à lei com conhecimento de sua ilicitude.
- 32 - Eletivo:** é o procedimento médico não considerado de urgência ou emergência.
- 33 - Embolia:** Obstrução do sistema vascular.
- 34 - Endoprótese:** Tipo de prótese instalada internamente em um membro ou órgão.
- 35 - Evento:** Conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico e/ou hospitalares, que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou doença.
- 36 - Exames:** são os procedimentos complementares, que auxiliam no diagnóstico do paciente, disponibilizando ao médico responsável uma melhor análise das condições gerais e específicas do paciente.
- 37 - Fonoaudiologia:** Estudo dos distúrbios da voz e da audição.
- 38 - Foro:** a Cidade ou comarca que determina a competência do Juízo para a causa.
- 39 - Franquia:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora.
- 40 - Fraude:** Ação Praticada de má-fé (ação mal intencionada) e que, em certas circunstâncias, configura estelionato.
- 41 - Hemodiálise:** Processo terapêutico em que o sangue, mediante o uso de equipamento especial, é depurado de diversas substâncias nocivas.
- 42 - Hemodinâmica:** Exame dos movimentos do sangue e dos fatores que nele intervêm.
- 43 - Homeopatia:** Tratamento através de substâncias em doses diluídas.
- 44 - Internação Hospitalar:** quando o usuário fica sob os cuidados do hospital para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- 45 - Laparoscopia:** Visualização dos órgãos abdominais com auxílio de aparelho especial (laparoscópio).
- 46 - Medicina Alternativa:** Tratamento de doenças por métodos não convencionais.
- 47 - Mensalidade:** é o valor pago mensalmente pelo Contratante, face ao contrato firmado e ao plano de saúde escolhido. (também chamado de Custo Fixo Mensal)
- 48 - Nutrição Parenteral:** Nutrição por via que não o tubo digestivo.
- 49 - Nutrição Enteral:** Nutrição via tubo digestivo.
- 50 - Órtese:** Tipo de prótese externa. É a peça ou aparelho que auxilia o desempenho de um órgão do corpo (por exemplo, marca-passo, etc)
- 51 - Osteossíntese:** Reconstrução óssea.
- 52 - Plano:** é o tipo de cobertura contratada que o Contratante adquire na assinatura do contrato.
- 53 - Plano Seguro Saúde Agemed com Franquia:** É o contrato assinado com a AGEMED, no qual está determinado o limite de RISCO financeiro do Contratante nas despesas por usuário nas coberturas Ambulatoriais e por evento nas coberturas hospitalares, acima do qual ele transfere para a Operadora.
- 54 - Prazo:** é o período de duração.
- 55 - Gravidez Ectópica:** Gravidez fora do útero.
- 56 - Prescrição Terapêutica:** Receita médica para tratamento de uma doença.
- 57 - Procedimento médico ambulatorial:** são os procedimentos executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de médico anestesista e que não ultrapasse o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.
- 58 - Profilaxia:** Parte da medicina que tem por objeto as medidas preventivas contra as enfermidades (emprego de meios para evitar doenças).
- 59 - Proposta de Adesão:** trata-se do documento que firma as condições específicas do plano de saúde contratado.

- 60 - Prótese:** Substituto artificial de um membro ou órgão, bem como qualquer aparelho que auxilie ou aumente uma função natural (exemplo, pinos metálicos, válvulas cardíacas, etc).
- 61 - Psicoterapia:** Tratamento das doenças mentais pela sugestão.
- 62 - Quarto Coletivo (Standard):** é o leito hospitalar, utilizado respectivamente por dois ou mais pacientes.
- 63 - Quimioterapia:** Tratamento com substâncias químicas que visa a destruição de tumores.
- 64 - Radiologia:** Exames radiológicos empregados para diagnósticos.
- 65 - Radioisótopos:** Tratamento através de material radioativo.
- 66 - Radioterapia:** Tratamento com radiação que visa a destruição de tumores.
- 67 - Reembolso:** é a devolução dos valores gastos em atendimento de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede contratada, até o limite da tabela referência de valores praticados pela contratada.
- 68 - Risco:** É o evento futuro, provável e incerto, contra o qual o Usuário previne-se através de um Plano Coletivo de Assistência à Saúde.
- 69 - Operadora:** É a pessoa jurídica devidamente autorizada pela ANS para comercializar o Plano Coletivo de Assistência à Saúde.
- 70 - Senilidade:** Relativo a velhice.
- 71 - Sinistro:** É ocorrência dos serviços que proporcionaram o atendimento das coberturas pactuadas nestas Condições Gerais.
- 72 - Sublevação:** Incitar à revolta.
- 73 - Sub-rogação:** Direito que a lei confere a Operadora que pagou a indenização ao Usuário, de assumir seus direitos contra os terceiros responsáveis pelo prejuízo.
- 74 - Titular:** é o indivíduo Contratante do plano de saúde.
- 75 - Transplantes:** Remoção de tecidos ou órgãos de uma parte do corpo e colocação em outra parte do mesmo organismo ou em organismo distinto.
- 76 - Transtornos Psiquiátricos:** Patologias apresentadas, orgânicas ou não, que comprometem a saúde mental, afetando a relação com o meio social, familiar, profissional, etc..
- 77 - Usuário:** é a pessoa inscrita no contrato ou termo de adesão, que usufruirá dos serviços contratados, seja como titular ou dependente.
- 78 - Vigência:** é a data a partir da qual passam a entrar em vigor os termos contratados.