

**CONTRATO
PESSOA JURÍDICA
30 vidas acima**

MAIS SAÚDE Plano Saúde LTDA

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª – Características Gerais do Contrato de Plano de Saúde
CLÁUSULA 2ª – Atributos do Contrato
CLÁUSULA 3ª – Condições de Admissão
CLÁUSULA 4ª – Coberturas e Procedimentos Garantidos
CLÁUSULA 5ª – Exclusão de Cobertura
CLÁUSULA 6ª – Duração do Contrato
CLÁUSULA 7ª – Períodos de Carência
CLÁUSULA 8ª – Doenças e Lesões Preexistentes
CLÁUSULA 9ª – Atendimento de Urgência e Emergência e Remoção
CLÁUSULA 10ª – Reembolso
CLÁUSULA 11ª – Mecanismos de Regulação
CLÁUSULA 12ª – Formação de Preço e Mensalidade
CLÁUSULA 13ª – Reajuste
CLÁUSULA 14ª – Reajuste Por Faixa Etária
CLÁUSULA 15ª – Regras Para Planos Coletivos
CLÁUSULA 16ª – Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário e Exclusões
CLÁUSULA 17ª – Suspensão ou Rescisão Contratual
CLÁUSULA 18ª – Condições Gerais
CLÁUSULA 19ª – Foro

CONTRATO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL Nº 0614
MAIS SAUDE PLANO SUPER COM COPART ACOMODAÇÃO ENFERMARIA
MAIS SAUDE PLANO SUPER COM COPART ACOMODAÇÃO APARTAMENTO
PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA: MUNICIPAL

CLÁUSULA 1ª – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

a) QUALIFICAÇÃO DOS CONTRATANTE:

EMPRESA: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESPERANÇA E VIDA – ABEVIDA

CNPJ: 02.812.043/0012-50

ENDEREÇO: AV. TANNER DE MELO, S/Nº, QD GLEBA 02, LT. PARTE 02, FAZENDA SANTOS ANTONIO, APARECIDA DE GOIÂNIA- GOIÁS

CEP. 74993-551

TELEFONES: (62) 3952-5500

E-MAIL: compras@cresm-go.org.br

b) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

RAZÃO SOCIAL: MAIS SAÚDE PLANO DE SAÚDE LTDA

CNPJ/MF: 00.395.266/0001-80

ENDEREÇO: Rua T-9 Qd. 87 Lt.23 nº 735 Setor Bueno

CIDADE: GOIÂNIA

ESTADO: GOIAS

CEP: 74.215-025

REGISTRO JUNTO A ANS Nº: 415065

CLASSIFICAÇÃO: MEDICINA DE GRUPO

SITE: www.maissaudeplano.com.br

MAIL: adm@maissaudeplano.com.br

- NOME COMERCIAL DO PLANO: SUPER ENFERMARIA
- NÚMERO DO REGISTRO NA ANS (PRODUTO): 485395204
- NOME COMERCIAL DO PLANO: SUPER APARTAMENTO
- NÚMERO DO REGISTRO NA ANS (PRODUTO): 485396202

c) TIPO DE CONTRATAÇÃO: O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura de atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

d) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA

e) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área de abrangência geográfica do presente contrato é: MUNICIPAL

f) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

A área de atuação do presente contrato se limita aos Municípios de GOIÂNIA do Estado de Goiás.

g) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

A internação se dará em quarto (ENFERMARIA E APARTAMENTO)

Parágrafo Primeiro: Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo – Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

h) FORMAÇÃO DE PREÇO

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

i) INÍCIO DA VIGÊNCIA

Para efeito de início de vigência deste contrato entende-se como sendo a data 10/08/2025

CLÁUSULA 2ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 3ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

I – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

O Plano coletivo empresarial se destina as pessoas jurídicas que mantêm vínculo empregatício ou estatutário com o usuário titular.

Parágrafo Primeiro: Por ocasião da contratação do plano de saúde o (a) CONTRATANTE deve atender às condições de admissão e prazos abaixo:

a) Comprovar a sua legitimidade mediante a apresentação dos documentos abaixo listados:

1. Cópia do contrato social com a última alteração, devidamente registrada no órgão competente, cartão do CNPJ, comprovante de endereço e telefone.

2. Relação dos Empregados inscritos no FGTS, GFIP.

3. O número mínimo estabelecido para adesão deste contrato é de 80 beneficiários.

b) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

1. Contrato;
2. Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo Titular e pela CONTRATANTE;
3. Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários (titular e dependentes) que forem incluídos no plano após a implantação ou no caso de novos funcionários, após 90 dias da admissão conforme **clausula 7º**.
4. Termo de Formalização de Cobertura Parcial Temporária ou Aditivo de Agravo (quando for o caso);

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE informará à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo incluir ou excluir novos beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e condições de admissão.

Parágrafo Terceiro. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelo (a) CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar a condição de dependência.

Parágrafo Quarto. É de responsabilidade do (a) CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, **CNS (Cartão Nacional de Saúde)**, nome da mãe e endereço do beneficiário titular. Também é de responsabilidade da CONTRATANTE informar a CONTRATADA o número do CPF dos dependentes inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando o (a) CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares quando solicitado.

II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares do plano de saúde aqueles vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, conforme informações prestadas nos Formulários Cadastrais preenchidos pelos interessados.

- Entende-se como relação empregatícia ou estatutária os empregados/funcionários da pessoa JURÍDICA CONTRATANTE que mantém vínculo laboral;

Também poderão ser considerados beneficiários titulares do plano de saúde os:

- Sócios da pessoa jurídica contratante
- Administradores da pessoa jurídica contratante
- Trabalhadores temporários
- Estagiários e menores aprendizes
- **Demitidos e aposentados conforme disposto nos Artigos 30 e 31 da Lei 9656/98**

Parágrafo Sexto. Também poderão ser inscritos como dependentes do beneficiário titular:

- O cônjuge;
- Os filhos solteiros, até 24 anos incompletos;
- O enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial solteiro, até 24 anos incompletos;
- A companheira ou companheiro, havendo união estável;
- Os filhos incapazes;

Parágrafo Sétimo. O ingresso dos dependentes vincular-se-á a inscrição do beneficiário titular no Plano.

Parágrafo Oitavo. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carência e alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

- A mãe ou pai do recém-nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
- A inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- Seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- Seja obedecido o grau de dependência estabelecido nesta Cláusula e,
- Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém-nascido no vencimento.

Parágrafo nono. Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, **exceto para doenças e lesões preexistentes, desde que:**

- A inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- Seja apresentado o termo de formalização da adoção ou termo de guarda para fins de adoção e,
- Seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

Parágrafo décimo. A inscrição dos funcionários/beneficiários no plano, quando solicitada pela CONTRATANTE à CONTRATADA fica condicionada a apresentação da documentação abaixo em atendimento às determinações da Agência acional de Saúde Suplementar.

I – TITULAR

- Cópia do RG e CPF
- Comprovante de residência
- Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante.
- Empregados:
 - Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo) ou
 - Cópia da Ficha de Registro do Empregado – assinada e carimbada pela empresa ou
 - Contracheque, folha de pagamento
- b) temporário, estagiário ou menor aprendiz:
 - Contrato de Trabalho ou Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e página onde consta o registro do vínculo).
- c) Sócios:
 - Contrato Social
- d) Administradores:
 - Contrato Social ou
 - Procuração com poderes específicos
- e) Agentes Públicos
 - Documento de Diplomação

II – DEPENDENTES

- Esposa: Cópia RG, CPF e Certidão de Casamento;
- Companheira: Cópia RG, CPF, **Escritura Pública**;
- Filhos menores de 18 anos: Cópia da Certidão de Nascimento; CPF;
- Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG e CPF;
- Filhos Adotivos: Cópia da Certidão de Nascimento ou do termo de guarda para fins de adoção;
- Enteados: Comprovação de convivência do casal;
- A criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Documento judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular;

CLÁUSULA 4ª – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares atendidos por: médicos, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe, hospitais, clínicas e laboratórios devidamente credenciados ou referenciados pela operadora, listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

Parágrafo Primeiro: COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DE REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- 1) assistência à saúde, com cobertura médico-hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, realizados exclusivamente no Brasil, respeitada a abrangência geográfica do plano e as exigências mínimas estabelecidas em Lei. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento;
- 2) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 3) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- 4) sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional, solicitados pelo médico assistente, limitadas ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 5) psicoterapia solicitada pelo médico assistente que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado e integrante da rede referenciada prestadora de serviços da CONTRATADA, limitada ao número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 6) fisioterapia, procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme solicitação do médico assistente em número ilimitado de sessões por ano e executados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA.
- 7) planejamento familiar, conforme disposto nas normativas da ANS:
 - a) consulta e aconselhamento para planejamento familiar;
 - b) atividade educacional para planejamento familiar;
 - c) sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA);
 - d) implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal – inclui o dispositivo.

8) cobertura ambulatorial para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: consiste na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência; tendo como prestador referenciado HOSPITAL RANAissance.

c) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como segmento ambulatorial e que não prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou unidade de terapia intensiva e unidades similares da rede credenciada .

e) hemoterapia ambulatorial;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

9) tratamento da obesidade mórbida em regime ambulatorial, prestado preferencialmente por equipe multiprofissional integrante da rede da CONTRATADA. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimento médico, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;

Parágrafo segundo: COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DE REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

1) participação do médico anestesilogista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

2) internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, em clínicas básicas e especializadas da rede própria ou credenciada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sendo vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações, a critério do médico assistente;

3) despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

4) exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

5) fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

6) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando em caráter particular;

7) tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

a) entende-se como complicação os eventos não previstos na realização do tratamento ou os previstos que não acontecem de maneira sistemática

8) quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, de pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de necessidades especiais (conforme indicação do médico assistente) estão asseguradas as despesas ordinárias de um acompanhante durante a internação, incluindo alimentação, conforme dieta geral do hospital;

9) as cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe e devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da CONTRATADA, **a serem realizadas somente na rede credenciada, prestador de serviço REFERENCIADO** para execução desse procedimento, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

10) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar a serem realizadas somente na rede credenciada, prestador de serviço REFERENCIADO da CONTRATADA:

a) inclui a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar.

b) a necessidade da internação por imperativo clínico é determinada pelo cirurgião dentista, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

11) Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária e indicada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato.

12) procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: consiste na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou

supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatorios e urgência e emergência;

c) radioterapia: listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para segmentação ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) fisioterapia para reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto o fornecimento de medicação de manutenção.

13) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo cirurgia da mama contralateral;

14) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

15) transplantes listados no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas as especificações abaixo:

I. nos transplantes, as despesas de procedimentos vinculados —entendidos estes como os necessários à realização do transplante —, incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

II. os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme Resolução Consu nº 12/98, desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

Parágrafo terceiro: COBERTURAS OBSTÉTRICAS EM UNIDADES DE REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

1) atendimento obstétrico acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as especificações abaixo:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenham cumprido a carência para parto, vedada alegação de doença ou lesão preexistente. Ultrapassado o prazo estabelecido, cessa a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, salvo se o dependente estiver inscrito no plano, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão;

b) assegurada a opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente inscrito no plano, isento dos períodos de carências e da análise de doença ou lesão preexistente, desde que o pai ou a mãe do recém-nascido tenham cumprido a carência para o parto e obedecido o grau de dependência previsto na Cláusula Condições de Admissão;

c) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

Parágrafo quarto: COBERTURAS PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DE REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

Ao BENEFICIÁRIO serão asseguradas as coberturas dos tratamentos básicos (regime ambulatorial) e de internação (regime hospitalar) despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, incluindo os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto-infringidas.

Do Tratamento Dos Transtornos Psiquiátricos

I- No regime ambulatorial estão cobertos:

1. Atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

2. Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, limitadas as sessões por ano contratual, não cumuláveis determinadas pela ANS;

a) Considera-se em situação de crise a pessoa que estiver sob risco de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental, conforme atestado pelo médico assistente;

3 A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas pela norma vigente.

4. Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

II- Em regime hospitalar estão cobertas:

1. As internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais;

2. O Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise conforme atestado pelo médico assistente;

3. Em conformidade com a RN 349/2014, caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime hospitalar exceda os limites previstos no presente Contrato, ou seja, 30 (trinta) dias de internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica, por ano contratual, não cumulativos, haverá a coparticipação obrigatória referente ao período excedente, por parte do beneficiário, do percentual determinado na legislação vigente à época da contratação, ou seja, **50%** (cinquenta por cento), das despesas hospitalares e honorários médicos de internação, o qual fará os pagamentos diretamente à Operadora.

CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÃO DE COBERTURA

Para fins de aplicação do art. 10 da lei de nº 9656/98 consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO, os seguintes serviços e procedimentos;

Não gozam de cobertura, as despesas decorrentes de:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental: aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema ainda sejam objeto de

pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilize medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

c) inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

d) métodos contraceptivos abaixo indicados:

- Pílulas anticoncepcionais; adesivo anticoncepcional;

- Anticoncepcionais hormonais injetáveis e implante hormonal, exceto para cobertura ambulatorial nos casos de quimioterapia oncológica;

- Anel vaginal; preservativos femininos e masculinos; diafragma; esponja e espermicida.

e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidades estéticas; fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar que são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e em estabelecimentos de atendimento de urgência e emergência).

g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

i) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

j) tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

k) clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

l) transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

m) consultas e demais atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;

n) tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais (constantes no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme Resolução ANS/RN vigente e suas atualizações) que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de ambiente hospitalar;

o) Instrumentador cirúrgico.

p) Home Care

q). Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista, exceto para os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

r) exames admissionais, demissionais e periódicos;

s) todos os procedimentos médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

t) Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

u) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias, sejam realizadas pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo: medicamentos não prescritos pelo médico assistente, ligações telefônicas, produtos de higiene e perfumaria diferentes dos disponibilizados pelo hospital, alimentação diferente da ofertada na dieta geral do hospital, etc.

Parágrafo Segundo. A responsabilidade pelo pagamento das despesas extraordinárias será exclusivamente do beneficiário que deverá efetuar o respectivo pagamento diretamente ao prestador do atendimento.

CLÁUSULA 6ª - DURAÇÃO DO CONTRATO

O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura pelo (a) CONTRATANTE ou conforme negociação entre as partes, desde que até o início da vigência estabelecida não tenha ocorrido nenhum pagamento.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA do respectivo formulário cadastral, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Alcançado o termo final de vigência inicialmente previsto, no silêncio das partes, o presente contrato prorroga-se automaticamente por mais um período de 12 meses.

CLÁUSULA 7ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do usuário.

Parágrafo Primeiro. Todos os beneficiários incluídos por ocasião da implantação deste plano, e os admitidos posteriormente, ressalvados os casos constantes no parágrafo segundo, gozarão de isenção total de carências.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários que forem incluídos no plano após a implantação ou no caso de novos funcionários, após **90 dias** da admissão devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da inscrição do beneficiário no plano:

CARÊNCIAS		
DESCRIÇÃO	NÃO PRÉ-EXISTENTE	PRÉ-EXISTENTE
1. Atendimento de urgência / emergência e cobertura parcial temporária;	1 dia	1 dia
2. Consultas em consultórios, clínicas e centros médicos;	10 dias	10 dias
3. Exames em análises clínicas;	10 dias	10dias
4. Exames anátomo-patológicos e de citopatologia (exceto os considerados de alta complexidade);	180 dias	720 dias
5. Exames radiológicos não contrastados e os contrastados de aparelho digestivo e urografia excretora;	180 dias	720 dias
6. Eletrocardiograma e eletroencefalograma (exceto digital com mapeamento cerebral considerado como item 9);	180 dias	720 dias
7. Procedimentos ambulatoriais não cirúrgicos em oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, dermatologia e ortopedia (exceto fisioterapia);	180 dias	720 dias
8. Fisioterapia;	180 dias	720 dias
9. Exames especiais, assim considerados na Cláusula Quarta do contrato;	180 dias	720 dias
10. Exames de ultrassonografia;	180 dias	720 dias
11. Procedimentos especiais, assim considerados na Cláusula Quinta do contrato;	180 dias	720 dias
12. Internações clínicas;	180 dias	720 dias
13. Internações cirúrgicas;	180 dias	720 dias
14. Obstetrícia;	300 dias	300 dias
15. Exames e procedimentos de alta complexidade conforme lei 9656/98 e resolução ANS RDC 68 de 07 de maio de 2001;	720 dias	720 dias
16. Reabilitação física, dessensibilização, cirurgia refrativa para grau superior a 7 (sete), hemodiálise em pacientes crônicos, angioplastias com stent, revascularização do miocárdio, ablação do feixe de HIS, implante de	720 dias	720 dias

marca-passo, obesidade mórbida.		
---------------------------------	--	--

Parágrafo Primeiro. Não será exigido o cumprimento dos períodos de carências nos contratos com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

1. No ato da celebração do contrato; ou
2. Em até 90 dias da vinculação (admissão) do titular à pessoa jurídica Contratante.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários 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.

Parágrafo Terceiro. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 90 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, passam a cumprir as carências normais estabelecidas nesta cláusula.

Parágrafo Quarto. Quando se tratar de beneficiários proveniente (s), de forma ininterrupta, de outro plano da CONTRATADA em pré-pagamento, haverá aproveitamento das carências já cumpridas no plano anterior, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

Parágrafo Quinto. O direito ao atendimento na nova abrangência geográfica ou acomodação hospitalar superior, conforme o caso, só será possível após o cumprimento das carências acima mencionadas.

CLÁUSULA 8ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

O contrato coletivo observa as seguintes condições para coberturas de doenças ou lesões preexistentes:

- a. Número de participantes menor que 30 (trinta) – Com análise de Doença e Lesão Preexistente; e
- b. Número de participantes maior ou igual a 30 (trinta) - Sem análise de Doença e Lesão Preexistente, desde que o pedido de ingresso do titular e seus dependentes no plano, seja formalizado à Contratada:

1. No ato da celebração do contrato; ou
2. Em até 90 dias da vinculação (admissão) do titular à pessoa jurídica Contratante.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos fora dos prazos acima previstos, independente do número de participantes no contrato, ficam sujeitos à análise de Doença e Lesão Preexistente, exceto os dependentes recém-nascidos inscritos conforme Cláusula Condições de Admissão dos Beneficiários.

Parágrafo Segundo. Na eventualidade da redução do número de beneficiários inscritos para menos de 30 (trinta), as novas inclusões, ainda que formalizadas dentro do prazo de 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante, ficam sujeitas à análise de Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, (um para cada beneficiário), onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam serem portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

Parágrafo Quarto. No preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário tem o direito de fazer a entrevista qualificada, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela CONTRATADA, pertencente à rede credenciada da mesma, ou por outro médico de sua escolha, não pertencente à rede credenciada da CONTRATADA, devendo neste caso, assumir o ônus financeiro da entrevista.

Parágrafo Quinto. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Parágrafo Sexto. Com base na avaliação das declarações de saúde, a CONTRATADA poderá solicitar aos beneficiários, a realização de uma avaliação médica por profissional indicado pela CONTRATADA, que poderá ser ou não acompanhada de exame ou perícia médica. Os custos do médico e dos exames, neste caso, ficam por conta da CONTRATADA.

Parágrafo Sétimo. Quando for necessária a realização de exames complementares para auxiliar na avaliação do médico perito, será entregue aos beneficiários uma guia para realização destes exames. O resultado deve acompanhar a Declaração de Saúde a ser entregue ao médico durante a avaliação.

Parágrafo Oitavo. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária e, facultativamente a opção do agravo a critério da CONTRATADA.

Parágrafo Nono. A Cobertura Parcial Temporária será formalizada através da assinatura do Termo de Formalização da Cobertura Parcial Temporária, que será anexada ao presente contrato. Os procedimentos de alta complexidade em período de Cobertura Parcial Temporária encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

Parágrafo Décimo. O agravo será formalizado através de aditivo contratual e nele constará o valor e período da cobrança.

a) Agravo: Consiste em um acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade), cujo cálculo é feito pelo atuário responsável e de acordo com as especificações no aditivo contratual, permitindo a cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das carências normais previstas para cada cobertura.

Parágrafo Décimo Primeiro. Se na contratação ou adesão ao plano, tiver sido constatada a existência de doença ou lesão preexistente do beneficiário e a CONTRATADA deixar de oferecer no momento da adesão contratual a Cobertura Parcial Temporária, não caberá alegação de omissão de

informação na Declaração de saúde e nem aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Parágrafo Décimo Segundo. A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses, contados a partir da inscrição do beneficiário no plano. Não caberá a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente caso a CONTRATADA tenha realizado qualquer tipo de exame ou perícia médica para admissão do beneficiário, no plano.

Parágrafo Décimo Terceiro. A omissão da doença ou lesão preexistente na época da contratação ou adesão ao plano poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário, cabendo a CONTRATADA o ônus da prova do conhecimento prévio do beneficiário da doença ou lesão preexistente na contratação do plano. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato em razão da omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.

Parágrafo Décimo Quarto. A CONTRATADA irá comunicar ao beneficiário a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente não declarada na ocasião da contratação ou adesão ao plano, através do Termo de Comunicação e oferecerá obrigatoriamente ao beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, pelos meses restantes até completar 24 meses da assinatura ou adesão ao plano e opcionalmente o agravo. Em caso de recusa do beneficiário, por uma das opções oferecidas pela CONTRATADA, esta solicitará a abertura do processo administrativo diante da ANS por indício de fraude.

Parágrafo Décimo Quinto. Após o recebimento da comunicação e recusa do beneficiário, a CONTRATADA encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documentação legal para comprovar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Parágrafo Décimo Sexto. Comprovada a alegação de omissão de doença ou lesão preexistente, o beneficiário e a CONTRATANTE passam a ser responsáveis pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, a partir do momento de sua notificação, além da exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão.

CLÁUSULA 9ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

É obrigatório por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento de urgência/emergência, para efeito da presente cláusula, considera-se:

- a) Emergência: os atendimentos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano (titular ou dependente), é assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

Parágrafo Primeiro. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para os eventos cirúrgicos,

leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e relacionados a doenças ou lesão preexistente ficam limitados as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial. Se, na continuidade do atendimento, for necessária a realização de procedimentos cirúrgicos ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária exclusivos da cobertura hospitalar, a responsabilidade financeira da CONTRATADA cessará a partir da internação, ainda que ela se efetive dentro do período de 12 horas.

Parágrafo Segundo. Os beneficiários inscritos pelo (a) CONTRATANTE têm direito ao reembolso (nos limites das obrigações contratuais), das despesas efetuadas pelos beneficiários, titular ou dependentes, quanto à assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, conforme Tabela de Referência da CONTRATADA que faz parte deste contrato. O (A) CONTRATANTE ou beneficiário deve entregar toda a documentação original (recibo do pagamento, além de declaração do médico assistente de que se tratava de uma situação de emergência), relativa às despesas efetuadas. A documentação deve ser entregue à CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do atendimento ou da alta, que terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso.

Parágrafo Terceiro: A CONTRATADA deve garantir a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

- a) na internação, quando for comprovadamente necessária a remoção para outro estabelecimento hospitalar, próprio ou contratado mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, dentro dos limites de abrangência geográfica previsto no contrato;
- b) depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e
- c) quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Quarto. A remoção do paciente nas situações acima descritas, após a realização dos atendimentos classificados como urgência ou emergência, serão realizadas em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital.

Parágrafo Quinto. Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o(a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Sexto. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Sétimo. Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

CLÁUSULA 10ª – REEMBOLSO

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

Parágrafo Primeiro: o beneficiário terá o prazo de 30 (trinta) dias após o evento para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os documentos comprobatórios das despesas assistenciais, tais como: Nota Fiscal em nome do beneficiário com todos os serviços discriminados.

Parágrafo Segundo: O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA 11ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

I. Coparticipação:

Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário à operadora. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estarão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente a época da contratação. Conforme Cláusula 12ª (Formação de Preço e Mensalidade).

Parágrafo primeiro. Na internação psiquiátrica, a operadora seguirá as regras da ANS, descritas no item específico da Cláusula 4ª (Coberturas e Procedimentos Garantidos).

II. Cartão de Identificação

A CONTRATADA fornecerá ao beneficiário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, cuja apresentação acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do (a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o (a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo de uma segunda via do cartão é de R\$10,00 (Dez reais) podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de preços.

III. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

a) Consultas: Os beneficiários são atendidos no consultório dos médicos indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão; **Subespecialidades Médicas:** Conforme normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que informam sobre o gerenciamento de redes, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, fica estabelecido que os atendimentos nas subespecialidades de **ENDOCRINOPEDIATRIA, PNEUMOPEDIATRIA, REUMATOPEDIATRIA, UROPEDIATRIA, NEFROPEDIATRIA e GASTROPEDIATRIA** deverão ser previamente referenciados por médico clínico **PEDIATRA**, por meio de encaminhamento médico.

b) Sessões de fonoaudiologia, nutricionista e terapia ocupacional – são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

c) Sessões de psicoterapia: são realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

d) Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas: são realizados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, autorização esta que será emitida pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à CONTRATADA. (Salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

e). Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, autorização esta que será emitida pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à CONTRATADA.

f). Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, a operadora poderá a qualquer tempo solicitar relatório ao médico assistente, afim de elucidar dúvidas oriundas do pedido original, para tanto a operadora deve respeitar o prazo máximo para liberação do procedimento em questão.

g) Cirurgia buco-maxilo-facial: é realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência); **Cirurgias de COLUNA VERTEBRAL, HEMODINAMICA/CIRURGIA CARDÍACA, BARIÁTRICAS, ORTOPÉDICAS, BUCO-MAXILO-FACIAL e PROCEDIMENTO AMBULATORIAL QUIMIOTERÁPICO:** De acordo com os normativos Agência Nacional de Saúde Suplementar, CONSU nº 8, publicada em 04.11.1998, que informam sobre o gerenciamento de redes, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, fica definidos que os procedimentos acima citados somente serão realizada na rede credenciada, por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião

dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).

Parágrafo Primeiro. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Segundo. Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deve dirigir-se ao setor de autorização da operadora, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Parágrafo Terceiro. A CONTRATADA garantirá a liberação dos procedimentos que necessitam de autorização de acordo com os prazos estabelecidos nos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

IV. SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela CONTRATADA, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos tais como:

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiário.

Parágrafo Segundo. Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do site <http://www.maissaudeplano.com.br>

Parágrafo Terceiro. A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 365/14, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outra que a substitua. Informamos que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial acima mencionada ficarão disponíveis através do endereço: www.maissaudeplano.com.br e na Central de Atendimento da Operadora que poderá ser contatada através do telefone informado no cabeçalho deste contrato e verso do cartão.

II. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a CONTRATADA, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

III. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a CONTRATADA arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CONTRATADA deverá solicitar à ANS autorização expressa e posteriormente comunicar ao beneficiário e CONTRATANTE.

Parágrafo Quarto. Condições diferenciadas de atendimento:

a) a CONTRATADA autorizará medicamentos e materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais). As eventuais divergências serão dirimidas pelo mecanismo de junta médica, abaixo previsto.

V. DA JUNTA MÉDICA

A CONTRATADA garante, no caso de situações de divergência médica ou cirurgião dentista, a definição do impasse se dará através de junta médica, constituída pelo médico ou cirurgião dentista solicitante, médico da operadora e por um médico-perito desempatador, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, sendo os protocolos médicos oficiais e da medicina baseados em evidência.

CLÁUSULA 12ª – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Trata-se de um plano de assistência à saúde com os valores pré-estabelecidos para contraprestação pecuniária mensal, a ser paga pelo (a) CONTRATANTE, antes e independentemente da efetiva utilização das coberturas contratadas.

MAIS SAÚDE Empresarial com coparticipação Plano Super com coparticipação em consultas e exames

Idade	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 a +
Quarto Coletivo	167,31	167,31	167,31	167,31	167,31	167,31	167,31	167,31	167,31	693,67
Quarto Privativo	185,91	185,91	185,91	185,91	185,91	185,91	185,91	185,91	185,91	717,47

TABELA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTO AMBULATORIAL	
Procedimento	Valor
Consultas	R\$40,00
Exames Simples	R\$10,00
Exames Especiais	R\$10,00
SEGMENTO HOSPITALAR	
Procedimento	Valor
Procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia	R\$ 6.000,00(por sessão)
Procedimentos de Gastroplastia	R\$ 6.000,00
Procedimento cirurgia plástica reparadora de abdominoplastia	R\$10.000,00
Procedimento de cirurgia plástica reparadora de mamoplastia	R\$10.000,00
Home Care (por semana)	R\$ 6.000,00
Procedimentos de Hemodinâmica	R\$ 6.000,00
Procedimentos com Buco Maxilo	R\$ 5.000,00
Procedimentos de Cirurgia de Coluna	R\$ 5.000,00

- Procedimento Buco Maxilo com Dr. Euclides Barbosa de Oliveira, Dr. Claudio Souto França Belga , o beneficiário está **isento da coparticipação**;
- Procedimento de Cirurgia de Coluna com o Dr. Valdivino Jose Vieira Junior realizado no HOSPITAL SÃO SILVESTRE e com o Dr. JOSÉ UMBERTO VAZ DE SIQUEIRA realizado no HOSPITAL SAMARITANO , o beneficiário está **isento da coparticipação**

**MAIS SAÚDE Empresarial com coparticipação
Plano Super com coparticipação em consultas**

Idade	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 a +
Quarto Coletivo	179,27	179,27	179,27	179,27	179,27	179,27	179,27	179,27	179,27	757,33
Quarto Privativo	205,84	205,84	205,84	205,84	205,84	205,84	205,84	205,84	205,84	770,62

TABELA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTO AMBULATORIAL	
Procedimento	Valor
Consultas	R\$40,00
Exames Simples	Isento
Exames Especiais	Isento
SEGMENTO HOSPITALAR	
Procedimento	Valor
Procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia	R\$ 6.000,00(por sessão)
Procedimentos de Gastroplastia	R\$ 6.000,00
Procedimento de cirurgia plástica reparadora de abdominoplastia	R\$10.000,00
Procedimento de cirurgia plástica reparadora de mamoplastia	R\$10.000,00
Home Care (por semana)	R\$6.000,00
Procedimentos de Hemodinâmica	R\$ 6.000,00
Procedimentos com Buco Maxilo	R\$ 5.000,00
Procedimentos de Cirurgia de Coluna	R\$ 5.000,00

- Procedimento Buco Maxilo com Dr. Euclides Barbosa de Oliveira, Dr. Claudio Souto França Belga o beneficiário está **isento da coparticipação**;
- Procedimento de Cirurgia de Coluna com o Dr. Valdivino Jose Vieira Junior realizado no HOSPITAL SÃO SILVESTRE e com o Dr. José Umberto Vaz de Siqueira no HOSPSITAL SAMARITANO, o beneficiário está **isento da coparticipação**

**MAIS SAÚDE Empresarial com coparticipação
Plano Super sem coparticipação em consultas e exames**

Idade	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 a +
Quarto Coletivo	212,49	212,49	212,49	212,49	212,49	212,49	212,49	212,49	212,49	783,91
Quarto Privativo	225,78	225,78	225,78	225,78	225,78	225,78	225,78	225,78	225,78	797,20

TABELA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTO AMBULATORIAL	
Procedimento	Valor
Consultas	Isento
Exames Simples	Isento
Exames Especiais	Isento
SEGMENTO HOSPITALAR	
Procedimento	Valor
Procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia	R\$ 6.000,00(por sessão)
Procedimentos de Gastroplastia	R\$ 6000,00
Procedimento de cirurgia plástica reparadora de abdominoplastia	R\$10.000,00
Procedimento de cirurgia plástica reparadora de mamoplastia	R\$10.000,00
Home Care (por semana)	R\$ 6.000,00
Procedimentos de Hemodinâmica	R\$ 6.000,00
Procedimentos com Buco Maxilo	R\$ 5.000,00
Procedimentos de Cirurgia de Coluna	R\$ 5.000,00

- Procedimento Buco Maxilocom Dr. Euclides Barbosa de Oliveira, Dr. Claudio Souto França Belga , o beneficiário está **isento da coparticipação**;
- Procedimento de Cirurgia de Coluna com o Dr. Valdivino Jose Vieira Junior realizado no HOSPITAL SÃO SILVESTRE e com Dr. José Umberto Vaz de Siqueira realizado no HOSPITAL SAMARITANO, o beneficiário está **isento da coparticipação**

Parágrafo Primeiro. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária, na mesma faixa etária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, se for do mesmo plano.

Parágrafo Segundo. O (A) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA por beneficiário inscrito:

- a) a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na Proposta de Contratação; e
- b) as co-participações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Parágrafo Terceiro. A pessoa jurídica CONTRATANTE, independente da participação total ou parcial no custo da mensalidade, fica responsável pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula.

Parágrafo Quarto. Os beneficiários inscritos no plano na condição de demitido ou aposentado, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, ficam responsáveis pelo pagamento integral dos valores a que se refere esta cláusula 15ª.

Parágrafo Quinto. O valor da coparticipação dos beneficiários nos custos assistenciais, quando for o caso, se dará pela aplicação do percentual e/ou quantias, previstos sobre o custo dos serviços

executados, observando-se a Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente na data do vencimento da fatura.

Parágrafo Sexto. O extrato de serviços prestados fornecido pela CONTRATADA destina-se a identificar a utilização e a respectiva participação nos custos dos beneficiários. Se houver dúvidas quanto às informações do extrato de serviços prestados, o(a) CONTRATANTE pode solicitar à CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

Parágrafo Sétimo. Ocorrendo impontualidade no pagamento das prestações, serão cobrados juros mora de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado. O CONTRATANTE ainda fica com direito à cobertura e ao ressarcimento suspenso para todos os benefícios contratuais a partir de **60 DIAS** de atraso cumulativos ou não.

Parágrafo oitavo. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o(a) CONTRATANTE e/ou os beneficiários inscritos na condição de demitido ou aposentado responsável pelo pagamento das respectivas parcelas em atraso.

Parágrafo nono. As mensalidades serão pagas até dia 10 de cada mês, conforme acordado na proposta de admissão. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A movimentação inicial e as seguintes do cadastro da CONTRATANTE, (inclusão e exclusão de Beneficiários), para emissão da fatura do mês subsequente deve ser comunicado à CONTRATADA, por escrito, entre os dias 24 a 25 de cada mês antes do vencimento da fatura, através de formulários fornecidos pela CONTRATADA. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

CLÁUSULA 13ª – REAJUSTE

Nos termos da legislação vigente para contratos agregados ao agrupamento, planos coletivos com até 29 beneficiários, aplica-se o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente ao mês de junho e maio que são data base do reajuste dos agrupamentos. Caso não queira fazer parte do agrupamento o CONTRATANTE deverá enviar um ofício a CONTRATADA solicitando sua retirada do agrupamento para que seu reajuste proceda individualizada na data do seu aniversário.

Nos termos da legislação vigente para contratos não agregados ao agrupamento, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustadas anualmente. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 (dois) meses em relação à data-base de aniversário, considera está o mês de assinatura do Contrato. No caso de inclusão de empresas filiais ou que pertence ao mesmo grupo, a data para aplicação do reajuste será a mesma do contrato celebrado com a matriz ou a empresa do grupo mais antiga.

Independente 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.

Parágrafo Primeiro. O reajuste das contraprestações pecuniárias, referida na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS dar-se-á pelo emprego da fórmula matemática que analisa e verifica caso haja desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir, a qual se compõe de duas parcelas independentes:

- a) A primeira parcela da fórmula visa recompor a sustentabilidade atuarial da operadora;
- b) A segunda parcela da fórmula visa projetar o custo per capita para os próximos 12 (doze) meses de vigência contratual.

1. A primeira parcela da fórmula de reajuste é governada pela relação matemática a seguir:

$$\text{Fator de recomposição atuarial} \begin{cases} 1 = \text{se } \frac{\text{sinistralidade apurada}}{\text{sinistralidade alvo}} \leq 1 \\ = \frac{\text{sinistralidade apurada}}{\text{sinistralidade alvo}} \text{ se esta fração } > 1 \end{cases}$$

1.1. **Sinistralidade apurada** corresponde à **sinistralidade atuarial** apurada para o ano fiscal anterior ao ano em que vigerão as contraprestações pecuniárias reajustadas.

1.2. **Sinistralidade atuarial** é dada pela seguinte razão:

$$\frac{\text{custo per capita}}{\text{contraprestação pecuniária per capita}}$$

1.3. **Custo per capita** é sinônimo do termo **prêmio de risco** citado na bibliografia atuarial internacional.

2. A segunda parcela da fórmula de reajuste é governada pela relação a seguir:

$$\text{Fator de Projeção} \begin{cases} = 1 \text{ se } IGP - M_t \leq IGP - M_{t-1} \\ = \frac{IGP - M_t}{IGP - M_{t-1}} \text{ se } IGP - M_t > IGP - M_{t-1} \end{cases}$$

2.1. **IGP – M_t** se refere ao Índice Geral de Preços-Mercado no último mês do ano fiscal imediatamente anterior ao ano em que vigerão as contraprestações pecuniárias reajustadas.

2.2. **IGP – M_{t-1}** se refere ao Índice Geral de Preços-Mercado no último dia do ano fiscal em que vigeram as contraprestações pecuniárias a serem objeto de reajuste.

2.2.1. Os **IGP – M_t** e **IGP – M_{t-1}** são calculados pela Fundação Getúlio Vargas.

2.2.2. A formulação mostrada no caput encerra a premissa de que os custos futuros se comportarão de modo idêntico aos custos progressos.

2.3. O percentual de reajuste, **atendidos os pressupostos dos itens anteriores**, resultará da fórmula a seguir:

$$\text{Percentual de Reajuste} = \left\{ \left[\text{máximo} \left(1; \frac{\text{sinistralidade apurada}}{\text{sinistralidade alvo}} \right) \times \text{máximo} \left(1; \frac{IGP - M_t}{IGP - M_{t-1}} \right) \right] - 1 \right\} \times 100$$

2.4. O sinistralidade alvo, para fins desta cláusula, é igual a 70%.

Caso seja verificado o desequilíbrio econômico atuarial, o contrato receberá reajuste quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar a meta de sinistralidade nele prevista, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira, apuradas no período de 12 meses consecutivos.

O valor das mensalidades será reajustado anualmente, no aniversário do contrato, independente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, sem prejuízo da atualização das variações do valor das mensalidades em razão da mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei Nº 9.656/1998, bem como outras, as quais continuarão a ser feitas na condição e forma previstas neste Contrato.

Parágrafo Segundo. Só poderá ser aplicado um único reajuste contratual a cada 12 (doze) meses, ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária e no caso de desequilíbrio econômico atuarial de 70% ou mais.

Parágrafo Terceiro. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

Parágrafo Quarto. A coparticipação sofrerá reajuste de acordo com a livre negociação entre as partes.

Parágrafo Quinto. O percentual de reajuste aplicado às contraprestações pecuniárias será comunicado a Agência Nacional de Saúde Suplementar conforme determina a legislação competente.

CLÁUSULA 14ª - REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

As mensalidades serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros abaixo indicados:

Faixa Etária Percentual de reajuste

Ao completar 19 (dezenove) anos de idade: 15%

Ao completar 24 (vinte e quatro) anos de idade: 15%

Ao completar 29 (vinte e nove) anos de idade: 15%

Ao completar 34 (trinta e quatro) anos de idade: 5%

Ao completar 39 (trinta e nove) anos de idade: 16%

Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos de idade: 25%

Ao completar 49 (quarenta e nove) anos de idade: 33%

Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos de idade: 35%

Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos de idade: 34%

Ao completar 60 (sessenta) anos de idade não terá qualquer acréscimo.

Parágrafo Único. O cálculo das variações por faixa etária observa os parâmetros abaixo, definidos na Resolução Normativa nº 63/03:

a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

b) a variação acumulada entre a sétima e décima faixa etária não poderá ser superior a variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

CLÁUSULA 15ª - REGRAS PARA PLANOS COLETIVOS

O presente contrato observa o **Regime de Contratação Coletivo Empresarial**, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Parágrafo Único. O Regime de Contratação Coletivo Empresarial estende-se aos planos por Faixa Etária dos beneficiários Demitidos sem justa causa e Aposentados, da empresa em questão seguindo a seguinte tabela de valores:

Faixa Etária	Plano Super com coparticipação	Pano Super com coparticipação
	Apartamento	Enfermaria
0 a 18 anos	R\$ 289,90	R\$ 239,90
19 a 23 anos	R\$ 333,39	R\$ 275,89
24 a 28 anos	R\$ 366,72	R\$ 303,47
29 a 33 anos	R\$ 421,73	R\$ 348,99
34 a 38 anos	R\$ 442,82	R\$ 366,44
39 a 43 anos	R\$ 513,67	R\$ 425,08
44 a 48 anos	R\$ 642,09	R\$ 531,34
49 a 53 anos	R\$ 853,98	R\$ 706,69
54 a 58 anos	R\$ 1.152,87	R\$ 954,03
59 anos acima	R\$ 1.544,84	R\$ 1.278,40

TABELA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO	
SEGMENTO AMBULATORIAL	
Procedimento	Valor
Consultas	R\$ 50,00
Exames Básicos	R\$ 15,00
Exames Ultrassom	R\$ 40,00
Exames Ressonância	R\$ 300,00
Procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia	R\$ 5.000,00 (por sessão)
Procedimentos de Home Care	R\$ 5.000,00 (por semana)
Exames Especiais	R\$ 100,00
Procedimentos Ambulatoriais	R\$5.000,00
Terapia	R\$100,00
Internações	R\$5.000,00

I –EMPREGADOS DEMITIDOS

No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao usuário titular e seus dependentes o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- já contribuisse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a coparticipação como fator moderador.
- a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;

- c) assuma o pagamento integral;
- d) opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento e desde que assuma o pagamento integral do valor da tabela disponibilizada neste contrato a qual acompanhará os reajustes anuais vindouros.

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho será de um terço do tempo de permanência em plano contributivo, desde que não tenha interrupção de contribuição, observando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, desde que atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (demitido), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

II – EMPREGADOS APOSENTADOS

Em caso de aposentadoria em decorrência de vínculo empregatício, é assegurado ao beneficiário titular e seus dependentes o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuísse financeiramente para o plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício. Não será considerada contribuição, para este efeito, a co-participação como fator de moderação;
- b) a (o) CONTRATANTE formalize, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, no ato da rescisão, comunicando a decisão à CONTRATADA;
- c) assuma o pagamento integral do valor da contraprestação, da tabela disponibilizada no contrato;
- d) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias do seu desligamento;

Parágrafo Primeiro. O período de manutenção da condição de beneficiário em caso de aposentadoria será de:

- a) se tiver contribuído para qualquer plano de saúde, sem interrupção, por um período superior a 10 (dez) anos: de forma vitalícia;
- b) se tiver contribuído para qualquer plano de saúde, sem interrupção, por um período inferior a 10 (dez) anos: à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Parágrafo Segundo. A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular, desde que atendidas às condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão dos Beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Em caso de morte do titular (aposentado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima.

Parágrafo Quarto. As eventuais alterações no plano de saúde obtidas pelos empregados ativos em decorrência de negociações coletivas de trabalho também são aplicáveis aos beneficiários inativos inscritos no plano.

Parágrafo Quinto. Para fins de aplicação desta Cláusula, considera-se como aposentadoria a do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

Parágrafo Sexto. O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício caso ocorra sua admissão em novo emprego.

III - ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após o cancelamento deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da (o) CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

Parágrafo Terceiro. Desde que a contratada disponha de um plano individual ou familiar, o beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes, o valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano individual ou familiar.

CLÁUSULA 16ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO E EXCLUSÕES

Será excluído do contrato, o usuário titular, juntamente com seus dependentes:

- a) por solicitação do (a) CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- b) quando perder o vínculo com o (a) CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano, ressalvados os casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, para empregados demitidos e aposentados, observadas as normas estabelecidas na Cláusula Regras para Planos Coletivos;
- c) quando os dependentes que perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme Cláusula Condições de Admissão;
- d) por fraude, por esta entendida a omissão de doença e lesão preexistente, permitir o uso indevido do cartão individual de identificação (como por exemplo, permitir a sua utilização por terceiros), seu ou de seus dependentes seja por dolo ou culpa, entre outras;
- e) quando não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com o (a) CONTRATANTE;
- f) quando o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual.
- g) quando se tratar de demitido ou aposentado vinculado ao contrato na condição prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e ocorrer o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o usuário (titular) tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, implicará na suspensão do atendimento do beneficiário titular e dependentes em atraso ou na sua exclusão, a critério da CONTRATADA;

Parágrafo Primeiro. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de Vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

Parágrafo Segundo. Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula Condições de Admissão, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a

contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Terceiro. Terminado o prazo estabelecido para manutenção dos beneficiários na condição de Empregados Demitidos e Empregados Aposentados, os titulares e respectivos dependentes, inscritos nesta condição, serão excluídos do contrato, mediante aviso prévio. Estes poderão assinar um novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, nas condições de venda vigente para o mercado geral.

Parágrafo Quarto. O (A) CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

CLÁUSULA 17ª - SUSPENSÃO OU RESCISÃO CONTRATUAL

O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na rescisão do contrato. O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 dias, implicará na suspensão da cobertura do contrato. Caso ocorra atraso no pagamento da mensalidade superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos, todos os atendimentos ficam condicionados a liberações das guias na sede da operadora, onde os beneficiários devem comparecer presencialmente, excetuando-se os atendimentos de urgência/emergência.

Parágrafo Primeiro. O presente contrato rescindir-se-á, também:

Imotivadamente – Somente após a vigência mínima de 12 (doze) meses:

1. Por iniciativa de qualquer das partes, caso haja falta grave, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias.

Motivadamente – A qualquer tempo, mediante aviso prévio, por escrito de 30 (trinta) dias:

1. Se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
2. Por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do (a) CONTRATANTE;
3. Se a pessoa jurídica contratante encerrar suas atividades;
4. Se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme mencionado nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

Parágrafo Segundo. Durante o período de aviso prévio do contrato para rescisão, não serão admitidas inscrições de novos beneficiários.

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido nas Condições de Admissão da Pessoa Jurídica Contratante, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

Parágrafo Quarto. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão contratual, havendo beneficiários em período de internação, esta não será suspensão, porém a CONTRATADA não se responsabiliza pelas despesas ocorridas após a data de cancelamento, cabendo estas a CONTRATANTE.

Parágrafo Quinto. Caso a rescisão do contrato por iniciativa do (a) CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, o (a) CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades restantes.

CLÁUSULA 18ª - CONDIÇÕES GERAIS

I – DOCUMENTOS PERTINENTES AO PLANO DE SAÚDE

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

II - SIGILO MÉDICO

Compromete-se a CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

III – RECLAMAÇÕES

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados deve ser encaminhado por escrito à CONTRATADA.

O (A) CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA.

O (A) CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusivas do beneficiário.

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o (a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 10,00, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

É obrigação do (a) CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

São adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependente devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

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.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA 19ª – FORO

Fica eleito o foro do domicílio do (a) CONTRATADA, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Goiânia – GO, 10 de agosto de 2025.



CONTRATADA

MAIS SAÚDE PLANO DE SAÚDE
ANS-415065
CNPJ:00.395.266/0001-80
ELIAS FRANCISCO DE OLIVEIRA

CONTRATANTE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESPERANÇA
E VIDA - ABEVIDA
CNPJ: 02.812.043/0012- 50
SALETE MARIA DE SOUSA REIS
CPF: 643.656.381-49
(PROCURADORA)

Testemunha:

Testemunha:
